

Rapporti

ISTISAN

13/47



Progetto VALORE
(VALutazione LOcale e REgionale
delle campagne di vaccinazione
contro l'HPV): favorire l'adesione
consapevole alla vaccinazione



ISSN 1123-3117

C. Giambi, M. Del Manso, B. De Mei,
F. D'Ancona, I. Giovannelli,
C. Cattaneo, V. Possenti, S. Declich
e il gruppo di lavoro VALORE

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Progetto VALORE
(VALutazione LOcale e REgionale
delle campagne di vaccinazione contro l'HPV):
favorire l'adesione consapevole alla vaccinazione**

Cristina Giambi, Martina Del Manso, Barbara De Mei,
Fortunato D'Ancona, Ilaria Giovannelli, Chiara Cattaneo,
Valentina Possenti, Silvia Declich
e il gruppo di lavoro VALORE

Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute

ISSN 1123-3117

Rapporti ISTISAN

13/47

Istituto Superiore di Sanità

Progetto VALORE (VALutazione LOcale e REgionale delle campagne di vaccinazione contro l'HPV): favorire l'adesione consapevole alla vaccinazione.

Cristina Giambi, Martina Del Manso, Barbara De Mei, Fortunato D'Ancona, Ilaria Giovannelli, Chiara Cattaneo, Valentina Possenti, Silvia Declich e il gruppo di lavoro VALORE
2013, vii, 157 p. Rapporti ISTISAN 13/47

Il progetto VALORE, finanziato dal Ministero della Salute, è stato condotto nel periodo 2011-2013 con l'obiettivo di identificare azioni utili a migliorare l'adesione alla vaccinazione contro l'HPV. Indagini trasversali e focus group sono stati utilizzati per raccogliere informazioni dettagliate sulle campagne vaccinali e per conoscere il punto di vista dei referenti di Regioni/Province Autonome e ASL, delle ragazze target dell'offerta vaccinale e delle loro famiglie, degli operatori sanitari. La paura degli eventi avversi, la scarsa informazione su questa vaccinazione e la discordanza di informazioni ricevute da diversi operatori sono le principali ragioni di mancata vaccinazione. La scarsa partecipazione agli eventi formativi di medici di base, pediatri e ginecologi e la loro diffidenza verso questa vaccinazione sono le criticità riferite più frequentemente dai referenti locali. Risulta cruciale investire risorse nella formazione degli operatori sanitari, inclusi gli aspetti legati al counselling, e nello sviluppo di un network tra il servizio vaccinale e gli altri operatori territoriali, che preveda una condivisione del messaggio e degli obiettivi della comunicazione sulla vaccinazione contro l'HPV.

Parole chiave: Papillomavirus umano; Vaccinazione; Programma vaccinale; Adesione

Istituto Superiore di Sanità

VALORE project (evaluation at local and regional level of HPV vaccination campaigns): promote awareness about vaccination.

Cristina Giambi, Martina Del Manso, Barbara De Mei, Fortunato D'Ancona, Ilaria Giovannelli, Chiara Cattaneo, Valentina Possenti, Silvia Declich and the working group VALORE
2013, vii, 157 p. Rapporti ISTISAN 13/47 (in Italian)

The VALORE project, funded by the Ministry of Health, was carried out in the period 2011-2013 with the aim of detecting actions to improve HPV vaccination acceptance. Cross-sectional surveys and focus groups were used to collect detailed information on HPV vaccination campaigns and to understand the point of view of the representatives of Regions/Autonomous Provinces and Local Health Units, of the pre-adolescent girls and their families, of the health care professionals. Fear of adverse events, poor knowledge on HPV vaccination and discordant information received by different consulted health care workers were the main reasons for non-vaccination. The scarce participation in training courses from general practitioners, paediatricians and gynaecologists and their scepticism of this vaccination were the critical points more frequently reported by the local representatives. It is crucial to invest resources on training health professionals, including the aspects related to counselling, and on developing a network between the vaccination service and the other health professionals, in order to share messages and objectives of the communication about HPV vaccination.

Key words: Human papillomavirus; Vaccination; Immunization program; Acceptance

Si ringraziano: Antonino Bella e Massimo Fabiani (CNESPS, Istituto Superiore di Sanità) per il supporto statistico al progetto; Vanessa Cozza (Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Bari) che ha contribuito alla preparazione del questionario utilizzato nell'indagine sui motivi di mancata vaccinazione; gli operatori sanitari e le studentesse che hanno partecipato ai focus group organizzati ad Alessandria, Catania e Roma; gli operatori sanitari che hanno partecipato all'indagine online; e le famiglie che hanno compilato il questionario sui motivi di mancata vaccinazione.

Il progetto è stato realizzato con il supporto finanziario del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute (convenzione 2010 ISS-Min Sal 1M57).

Per informazioni su questo documento scrivere a: studio.valore@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Citare questo documento come segue:

Giambi C, Del Manso M, De Mei B, D'Ancona F, Giovannelli I, Cattaneo C, Possenti V, Declich S e il gruppo di lavoro VALORE. *Progetto VALORE (VALutazione LOcale e REgionale delle campagne di vaccinazione contro l'HPV): favorire l'adesione consapevole alla vaccinazione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (Rapporti ISTISAN 13/47).

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Fabrizio Oleari*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988 (serie: *Rapporti e congressi ISTISAN*)

Redazione: *Paola De Castro e Sandra Salinetti*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.



Componenti del Gruppo di lavoro VALORE

Istituto Superiore di Sanità

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive

Cristina Giambi, Martina Del Manso, Paolo D'Ancona, Silvia Declich

Unità di formazione e comunicazione

Barbara De Mei, Ilaria Giovannelli, Chiara Cattaneo, Valentina Possenti

Referenti Regioni e Province Autonome

Abruzzo

Manuela Di Giacomo

Basilicata

Francesco Locuratolo

Bolzano (Provincia Autonoma)

Michele Dagostin

Calabria

Antonio Zaccone, Anna Mignuoli

Campania

Renato Pizzuti

Emilia-Romagna

Maria Grazia Pascucci

Friuli-Venezia Giulia

Tolinda Gallo

Lazio

Amalia Vitagliano

Liguria

Roberto Carloni, Ilaria Cremonesi

Lombardia

Maria Gramegna, Liliana Coppola,

Danilo Cereda, Alessandra Piatti

Marche

Daniela Cimini

Molise

Carmen Montanaro

Piemonte

Lorenza Ferrara

Puglia

Rosa Prato, Maria Giovanna Cappelli

Sicilia

Mario Palermo

Toscana

Sara Gallicchio

Trento (Provincia Autonoma)

Valter Carraro

Umbria

Anna Tosti

Valle d'Aosta

Luigi Sudano

Veneto

Francesca Russo

Referenti ASL

Abruzzo

ASL Teramo

ASL Pescara

ASL Lanciano-Vasto

ASL Avezzano-Sulmona

ASL L'Aquila

Marina Danese

Carla Granchelli

Nicola Di Marco

Rossana Cassiani

Giuseppe Matricardi

Basilicata

ASL Potenza

ASL Matera

Marina Marandola

Espedito Moliterni

Bolzano (Provincia Autonoma)

ASL Bolzano

Martha Augschiller

Calabria

ASL Paola

ASL Castrovillari

Francesca Scrivano

Franca Aloia

ASL Rossano
ASL Cosenza
ASL Lamezia terme
ASL Catanzaro
ASL Vibo Valentia
ASL Locri
ASL Reggio Calabria

Vincenzo Gaudio
Concetta Floccari
Gilda Longo
Claudia Gabriele
Antonia Giordano
Pierdomenico Mammi
Sandro Giuffrida

Campania

ASL Avellino
ASL Benevento
ASL Caserta 2
ASL Napoli 1
ASL Napoli 2 Nord
ASL Napoli 3 Sud (ex NA 4)
ASL Napoli 3 Sud (ex NA 5)
ASL Salerno 1
ASL Salerno 2
ASL Salerno 3

Maria Antonietta Ferrara
Annarita Citarella
Angelo D'Argenzio
Andrea Simonetti
Antonino Parlato, Maria Rosaria Granata
Giancarlo Manetta
Francesco Giugliano
Anna Luisa Caiazzo
Maria Grazia Panico
Giuseppe Della Greca

Emilia-Romagna

AUSL Modena
AUSL Piacenza
AUSL Parma
AUSL Reggio Emilia
AUSL Bologna
AUSL Imola
AUSL Ferrara
AUSL Ravenna
AUSL Forlì
AUSL Cesena
AUSL Rimini

Giulio Sighinolfi
Ilario Maffini
Franca Maria Deriu, Nicoletta Piazza
Teresa Fontanesi, Luigi Moscara
Rita Ricci
Paola Caroli
Monica Mascellani
Giuliana Monti, Giovanna Cappelli
Anna Maria Baldoni
Giuseppina Mingozi
Giovanna Bruschi

Friuli-Venezia Giulia

ASS 1 Triestina
ASS 2 Isontina
ASS 3 Alto Friuli
ASS 4 Medio Friuli
ASS 5 Bassa Friulana
ASS 6 Friuli Occidentale

Fulvio Zorzut
Luigi Donatoni
Andrea Iob
Tolinda Gallo
Massimo Zuliani
Michele Minuzzo, Oriana Feltrin

Lazio

ASL Roma A
ASL Roma B
ASL Roma C
ASL Roma D
ASL Roma E
ASL Roma F
ASL Roma G
ASL Roma H
ASL Frosinone
ASL Latina
ASL Rieti
ASL Viterbo

Giuseppina Tanzi
Angelo Fraioli
Erminia Baldacchino
Daniela Reggiani
Roberto Ieraci
Stefano Sgricia
Francesca Masciantonio
Raffaele Catapano
Maria Gabriella Calenda
Anna Maria Aversa
Giuseppe Baldi
Silvia Aquilani

Marche

ZT1 Pesaro
ZT2 Urbino

Anna Rita Pelliccioni
Alessandro Lucchesi

ZT3 Fano	Alfredo Vaccaro
ZT4 Senigallia	Rosanna Rossini
ZT5 Iesi	Francesca Pasqualini
ZT6 Fabriano	Daniela Cimini
ZT7 Ancona	Susanna Cimica
ZT8 Civitanova Marche	Tiziana Bentivoglio
ZT9 Macerata	Francesco Migliozi
ZT10 Camerino	Giuseppe Moretti
ZT11 Fermo	Rossana Anna Belfiglio
ZT12 San Benedetto del Tronto	Sonia Impullitti
ZT13 Ascoli Piceno	Claudio Angelini

Molise

ASL Termoli	Carmen Montanaro
-------------	------------------

Piemonte

ASL Torino 1	Flavio Caraglio
ASL Torino 3	Angela Gallone
ASL Torino 4 (ex ASL 6 e 7)	Mariateresa Galati
ASL Torino 4 (ex ASL 9)	Mariapia Alibrandi
ASL Torino 5	Annamaria Scala
ASL Vercelli	Virginia Silano
ASL Biella	Anna Musso
ASL Novara	Marzia Barengo
ASL Verbano-Cusio-Ossola	Edoardo Quaranta
ASL Cuneo 1 (ex ASL 15)	Angelo Pellegrino
ASL Cuneo 1 (ex ASL 16)	Anna Bertorello
ASL Cuneo 1 (ex ASL 17)	Domenico Montù
ASL Cuneo 2	Franco Giovanetti
ASL Alessandria (ex ASL 20)	Giacomo Bruzzone
ASL Alessandria (ex ASL 21)	Paola Bugatti
ASL Alessandria (ex ASL 22)	Mario Marco Merlo
ASL Asti	Maria Marchisio

Puglia

ASL Barletta-Andria-Trani	Stefania Menolascina, Riccardo Matera
ASL Bari	Giacomo Scalzo, Vera Laforgia
ASL Brindisi	Pasquale Pedote
ASL Foggia	Marisa Ferraro
ASL Lecce Area Nord	Alberto Fedele
ASL Lecce Area Sud	Giuseppa Lucia Turco
ASL Taranto	Antonio Pesare, Rosita Cipriani, Giovanni Caputi

Sicilia

ASP 1 Agrigento	Gaetano Geraci
ASP 2 Caltanissetta	Francesco Iacono
ASP 3 Catania	Mario Cuccia
ASP 4 Enna	Salvatore Madonna
ASP 5 Messina	Giovanni Puglisi
ASP 6 Palermo	Nicola Casuccio
ASP 7 Ragusa	Giuseppe Ferrera
ASP 8 Siracusa	Lia Contrino
ASP 9 Trapani	Gaspere Canzoneri

Toscana

USL1 Massa Carrara	Rosa Luzzoli
USL2 Lucca	Antonella Di Vito
USL3 Pistoia	Franca Mazzoli

USL4 Prato
USL5 Pisa
USL6 Livorno
USL7 Siena
USL8 Arezzo
USL9 Grosseto
USL10 Firenze
USL11 Empoli
USL12 Viareggio

Trento (Provincia Autonoma)

ASL Trento

Valle d'Aosta

ASL Valle d'Aosta

Veneto

ULSS 1 Belluno
ULSS 2 Feltre
ULSS 3 Bassano del Grappa
ULSS 5 Ovest Vicentino
ULSS 6 Vicenza
ULSS 8 Asolo
ULSS 9 Treviso
ULSS 10 Veneto Orientale
ULSS 12 Veneziana
ULSS 13 Mirano
ULSS 15 Alta Padovana
ULSS 16 Padova
ULSS 17 Este
ULSS 18 Rovigo
ULSS 21 Legnago

Luana Paliaga
Luca Carneglia
Antonio Lombardi
Maria Bandini
Tiziana Maruccia
Maria Dicunto
Chiara Staderini, Giovanna Mereu
Paolo Filidei
Franco Barghini

Maria Grazia Zuccali

Luigi Sudano

Rosanna Mel
Mauro Soppelsa
Emanuela De Stefani
Rinaldo Zolin
Andrea Todescato
Orsola Bertipaglia
Maria Domenica Pedone
Franco Renzo
Marcoernesto Flora
Lucia Silvestri
Sandra Costa
Lorena Gottardello
Anna Ferraresso
Margherita Bellè
Antonio Maggiolo

INDICE

Introduzione	1
Indagine sulle campagne di vaccinazione contro l'HPV: il punto di vista dei referenti di Regione/PA e ASL	5
Introduzione.....	5
Metodi.....	5
Popolazione in studio.....	5
Questionari.....	6
Analisi statistica.....	6
Partecipazione all'indagine e dati di copertura vaccinale.....	7
Risultati delle Regioni/PA.....	8
Ruolo di Regione e ASL nelle campagne vaccinali per l'HPV.....	8
Attività rivolte agli operatori sanitari.....	10
Promozione della vaccinazione contro l'HPV.....	12
Criticità della campagna di vaccinazione contro l'HPV.....	15
Risultati delle ASL.....	16
Popolazione in studio.....	16
Attività rivolte agli operatori sanitari e organizzazione dei servizi vaccinali.....	16
Buone pratiche vaccinali.....	19
Promozione della vaccinazione contro l'HPV.....	21
Criticità e commenti.....	25
Determinanti della copertura vaccinale.....	28
Limiti.....	29
Discussione.....	30
Conclusioni.....	33
Rete di operatori sanitari intorno alle vaccinazioni.....	33
Buone pratiche vaccinali.....	34
Strumenti di comunicazione sulla vaccinazione contro l'HPV realizzati in Regioni/PA e ASL	35
Introduzione.....	35
Metodi.....	35
Scheda di analisi.....	35
Adesione alla ricognizione degli strumenti di comunicazione.....	36
Provenienza degli strumenti di comunicazione.....	36
Realizzazione degli strumenti di comunicazione.....	37
Risultati dell'analisi degli strumenti di comunicazione.....	37
Tipologie.....	37
Obiettivi comunicativi.....	38
Target.....	40
Stile del messaggio.....	41
Discussione e conclusioni.....	42

Indagine sui motivi di mancata vaccinazione: il punto di vista delle famiglie	43
Introduzione	43
Metodi	43
Popolazione in studio	43
Questionario	44
Raccolta dei dati	44
Analisi statistica	45
Partecipazione allo studio	45
Risultati e discussione dei dati	49
Popolazione in studio	49
Motivi di mancata vaccinazione contro l'HPV	51
Fonti di informazioni su infezione da HPV e vaccinazione	56
Atteggiamento degli operatori sanitari verso la vaccinazione contro l'HPV	59
Percezione del rischio di infezione da HPV	60
Livello di conoscenza su infezione da HPV e vaccinazione	61
Percezione del proprio livello di informazione su infezione da HPV e vaccinazione	63
Intenzione di far vaccinare la propria figlia	63
Atteggiamento delle famiglie verso le vaccinazioni in generale	64
Proporzione di ragazze vaccinate dopo VALORE	64
Limiti e punti di forza della ricerca	65
Sintesi dei principali risultati	65
Discussione	66
Conclusioni e raccomandazioni	69

Opinioni e atteggiamento verso la vaccinazione contro l'HPV: il punto di vista degli operatori sanitari	70
Introduzione	70
Metodi	70
Popolazione in studio	70
Questionario	70
Analisi statistica	71
Risultati	71
Partecipazione allo studio	71
Opinioni e attitudini verso la vaccinazione contro l'HPV	71
Informazioni sull'HPV e la sua prevenzione	78
Discussione	80

Studio qualitativo su opinioni e bisogni informativi degli operatori sanitari	83
Introduzione	83
Metodi	83
Popolazione in studio	83
Focus group	83
Analisi	84
Risultati	84
Partecipazione allo studio	84
Punti di forza della vaccinazione	84
Criticità della vaccinazione	84
Strategia organizzativa	84
Strategia comunicativa	85
Informazioni maggiormente richieste dalle famiglie	85

Fonti informative degli operatori.....	86
Aspetti che ostacolano la comunicazione degli operatori.....	86
Resistenze delle famiglie.....	86
Aspetti che facilitano la comunicazione.....	87
Esigenze espresse dagli operatori.....	87
Discussione.....	87
Studio qualitativo nelle scuole medie: il punto di vista delle ragazze pre-adolescenti.....	89
Introduzione.....	89
Metodi.....	89
Popolazione in studio.....	89
Focus group.....	89
Analisi.....	89
Risultati.....	90
Partecipazione allo studio.....	90
Informazioni e conoscenze possedute e desiderate.....	90
Fattori che incidono sulla scelta vaccinale.....	91
Strumenti e bisogni comunicativi.....	92
Discussione.....	92
Aree di azione e proposte operative.....	94
Sviluppo di una rete di operatori sanitari intorno alle vaccinazioni.....	94
Potenziamento del ruolo dei servizi vaccinali.....	96
Incentivazione di un ruolo attivo degli operatori sanitari del territorio nell'offerta vaccinale.....	97
Offerta integrata di vaccinazioni per l'adolescente.....	98
Formazione degli operatori sanitari in tema di HPV e vaccinazione, inclusi gli aspetti legati al counselling.....	98
Approfondimento dei rischi e dei benefici della vaccinazione attraverso una comunicazione chiara, trasparente, esaustiva e documentata.....	99
Buone pratiche vaccinali per migliorare la compliance vaccinale.....	100
Promuovere la collaborazione con le scuole: incontri informativi/educativi con genitori e ragazzi e giornate di vaccinazione.....	101
Utilizzo di "moderni" strumenti comunicativi e informativi.....	102
Strategie per una comunicazione partecipata.....	102
Bibliografia.....	104
Appendice A	
Indicazioni per la pianificazione della comunicazione sulla vaccinazione contro l'HPV.....	107
Appendice B	
Questionari utilizzati nel progetto.....	129

INTRODUZIONE

Il carcinoma della cervice uterina è il primo cancro a essere riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come totalmente riconducibile a un'infezione: quella da tipi oncogeni di papillomavirus umano (*Human Papilloma Virus*, HPV). Si stima che oltre il 50% delle donne sessualmente attive si infetti durante la vita con HPV ad alto rischio oncogeno. Solo in una minoranza dei casi, tuttavia, tali infezioni progrediscono verso le lesioni precancerose e richiedono decenni per trasformarsi in carcinoma invasivo.

Questo lungo periodo di latenza permette la diagnosi precoce attraverso lo screening, basato sul pap-test triennale delle donne tra 25 e 64 anni. Lo screening cervicale ha permesso la riduzione dell'incidenza del carcinoma della cervice uterina, che resta comunque un importante problema sanitario in Italia. Sebbene i tassi di incidenza e di mortalità siano in calo, si stima che in Italia si siano verificati 1515 nuovi casi di cervicocarcinoma e 697 decessi per questo tumore nel 2012.

La disponibilità di vaccini contro l'HPV rappresenta uno strumento per la prevenzione primaria del carcinoma della cervice uterina da affiancare alla prevenzione secondaria basata sullo screening che deve proseguire dal momento che i vaccini disponibili non prevengono la totalità delle infezioni da HPV ad alto rischio. Dal 2007 in Italia sono disponibili due vaccini contro l'HPV. Ambedue i vaccini sono ritenuti efficaci per la prevenzione delle infezioni e delle forme preinvasive e invasive della cervice uterina correlate a HPV 16 e 18, responsabili di circa il 70% dei carcinomi cervicali. I dati disponibili per i due vaccini riportano un'efficacia clinica stimata per la prevenzione delle lesioni precancerose CIN2+ dai tipi oncogeni di HPV contenuti nel vaccino pari al 90-100% nelle donne non ancora infettate da questi tipi di HPV (1).

L'OMS ha definito come target prioritario della vaccinazione le ragazze tra 9 e 13 anni, che non avendo presumibilmente avviato l'attività sessuale possono sfruttare la massima efficacia della vaccinazione. In accordo con tali indicazioni, l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2007 aveva definito le ragazze nel corso del dodicesimo anno di età (dal compimento degli 11 anni fino al compimento dei 12 anni) come target primario dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro l'HPV e fissato come obiettivo il raggiungimento di una copertura vaccinale pari al 95% entro 5 anni dall'avvio della campagna (2).

Pertanto, tra luglio 2007 e novembre 2008 tutte le Regioni e Province Autonome (PA) hanno introdotto l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro l'HPV alle ragazze nel dodicesimo anno di vita. Alcune Regioni/PA hanno esteso l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione anche ad altre fasce di età.

Tuttavia, nonostante le attività intraprese a livello locale e regionale per promuovere la vaccinazione, le coperture vaccinali raggiunte per il target primario non sono state ottimali. Alla luce delle difficoltà incontrate, infatti, il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014, che ha confermato le scelte strategiche indicate nella precedente Intesa in termini di target e obiettivo di copertura vaccinale, ha rimodulato l'obiettivo di copertura come segue: "Raggiungimento di coperture vaccinali per 3 dosi di HPV $\geq 70\%$ nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001, $\geq 80\%$ nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002, $\geq 95\%$ nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2003" (3).

La copertura nazionale media per tre dosi di vaccino HPV della coorte di nascita del 1997 (che rappresenta la prima coorte vaccinata in quasi tutte le Regioni), rilevata al 30/06/2013, è pari al 69%, con un'ampia variabilità tra le Regioni (26-85%) e tra Aziende Sanitarie Locali (ASL) della stessa Regione (4). Questa disomogeneità geografica contrasta con la necessità di garantire un uguale diritto di accesso agli interventi di prevenzione in modo uniforme a tutta la

popolazione. La copertura si è attestata sullo stesso valore per le coorti 1998 e 1999. Quindi, a 4 anni dall'introduzione della vaccinazione, la copertura non è ancora ottimale e non mostra l'incremento atteso per le nuove coorti invitate.

È noto che l'adolescente rappresenta un target difficile per l'offerta vaccinale. Basti pensare all'ultimo dato di copertura vaccinale disponibile negli adolescenti, rilevato dall'Indagine Nazionale sulla COpertura vaccinale (ICONA) del 2008; tale indagine ha mostrato una copertura vaccinale per 5 dosi di difterite-tetano-pertosse nei ragazzi nel sedicesimo anno di vita pari al 53%, a fronte di coperture superiori al 95% per le vaccinazioni pediatriche rilevate a 24 mesi (5). Inoltre la vaccinazione contro l'HPV presenta delle caratteristiche che la rendono peculiare rispetto alle altre vaccinazioni incluse nel calendario vaccinale: si tratta di un vaccino contro un'infezione sessualmente trasmessa, ha come target la popolazione femminile, ha il razionale di prevenire una neoplasia, conferisce protezione solo verso alcuni tipi di HPV, ha un'efficacia elevata solo se somministrata prima del contatto con i tipi di HPV contenuti nel vaccino e quindi prima dell'avvio dei rapporti sessuali. Anche gli attori della comunicazione sono diversi; essendo il target primario rappresentato dalle dodicenni, gli operatori sanitari si trovano a indirizzare la comunicazione sia verso le ragazze che i genitori. Inoltre, oltre agli operatori dei servizi di sanità pubblica, altre figure professionali dovrebbero svolgere una funzione di supporto alla pratica vaccinale svolta dalle strutture pubbliche: pediatri, consultori, medici di base, ginecologi.

Alla luce delle difficoltà incontrate nel promuovere la vaccinazione contro l'HPV e delle disomogeneità territoriali rilevate, nel periodo settembre 2010 - maggio 2013 è stato condotto il progetto "Indagine conoscitiva sugli aspetti comunicativi e organizzativi delle campagne regionali di vaccinazione contro il papillomavirus umano e sui motivi di mancata vaccinazione e proposta di un documento tecnico per le prossime campagne" (VALutazione LOcale e REgionale delle campagne di vaccinazione contro l'HPV, VALORE), finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute (fasc. 1M57) e coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Il progetto VALORE nasce con l'obiettivo di identificare le criticità e le aree su cui lavorare per migliorare l'adesione consapevole alla vaccinazione contro l'HPV e fornire ad ASL e Regioni/PA alcuni strumenti operativi, con il fine ultimo di incrementare le coperture vaccinali in tutte le ASL e Regioni/PA. Gli obiettivi specifici del progetto sono:

1. conoscere gli aspetti organizzativi, logistici e comunicativi delle campagne vaccinali contro l'HPV condotte nelle Regioni e ASL italiane, gli strumenti utilizzati per promuovere la vaccinazione e le criticità incontrate;
2. indagare i motivi di mancata vaccinazione in un campione di ragazze che non ha aderito all'offerta della vaccinazione HPV;
3. conoscere l'opinione e l'atteggiamento degli operatori sanitari verso la vaccinazione contro l'HPV;
4. conoscere l'opinione e l'atteggiamento delle ragazze adolescenti verso questa vaccinazione;
5. sviluppare un documento che riporti, sulla base di quanto emerso dalle attività del progetto, le criticità e le aree di lavoro identificate e indicazioni operative per migliorare l'adesione consapevole alla vaccinazione.

Per raggiungere tali obiettivi sono state realizzate molteplici attività che hanno permesso di raccogliere informazioni dettagliate sulle campagne vaccinali contro l'HPV e approfondire il punto di vista di tutti gli attori coinvolti nella vaccinazione:

- i referenti di Regioni/PA e ASL che hanno organizzato e condotto le campagne di promozione e offerta della vaccinazione contro l'HPV,
- le adolescenti, target primario della vaccinazione,
- le loro famiglie,
- gli operatori sanitari coinvolti sia nell'offerta della vaccinazione che nel processo decisionale di ragazze e famiglie: operatori dei servizi vaccinali, dei servizi di screening e dei consultori (medici, infermieri, assistenti sanitari, ostetriche), Medici di Medicina Generale (MMG), pediatri, ginecologi.

In particolare sono state condotte le seguenti attività relativamente alla vaccinazione contro l'HPV:

1. *Indagine sulle campagne di vaccinazione condotte nelle Regioni/PA e ASL*
Indagine finalizzata a valutare gli aspetti organizzativi, logistici e comunicativi delle campagne di vaccinazione contro l'HPV. Le informazioni sono state raccolte attraverso la compilazione online di due questionari: uno rivolto ai referenti regionali e uno ai referenti di ASL.
2. *Raccolta degli strumenti di comunicazione realizzati nelle Regioni/PA e ASL*
Il materiale informativo (lettere, brochure, manifesti, lettere d'invito, ecc.) e gli strumenti comunicativi utilizzati sono stati richiesti ai referenti di Regione/PA e ASL.
3. *Indagine sui motivi di mancata vaccinazione*
Indagine finalizzata ad approfondire il punto di vista delle famiglie. Le informazioni sono state raccolte attraverso un questionario inviato per posta alle famiglie di un campione di ragazze che non hanno aderito al programma vaccinale.
4. *Indagine online sulle opinioni e gli atteggiamenti degli operatori sanitari*
Indagine condotta attraverso un questionario anonimo online pubblicato sul portale di epidemiologia del CNESPS (EpiCentro) e divulgato attraverso i referenti regionali, associazioni di categoria e società scientifiche.
5. *Studio qualitativo sulle opinioni e i bisogni informativi degli operatori sanitari*
Le informazioni sono state raccolte attraverso focus group (discussione guidata), in cui sono stati coinvolti pediatri, medici di base, ginecologi e operatori dei servizi vaccinali.
6. *Studio qualitativo sulle opinioni e i bisogni informativi delle ragazze pre-adolescenti*
Le informazioni sono state raccolte attraverso focus group, in cui sono state coinvolte ragazze della seconda classe della scuola media.

L'integrazione dei risultati ottenuti, insieme alle esperienze ed evidenze raccolte in letteratura, sono stati utilizzati per produrre un documento tecnico che descrive le aree di azione identificate e propone alcune indicazioni operative per migliorare l'adesione al programma vaccinale per l'HPV e, più in generale, la *compliance* alle vaccinazioni. La maggior parte di queste indicazioni e considerazioni sono applicabili anche alle vaccinazioni diverse da quella per l'HPV. Da tutte le attività è emerso il ruolo chiave dell'operatore sanitario nell'offerta e promozione della vaccinazione, pertanto è stato sviluppato un pacchetto per la formazione degli operatori, che include sia gli aspetti scientifici che quelli comunicativi e organizzativi della rete di servizi e operatori che pianifica, promuove e attua la campagna.

I risultati del progetto, il documento e il pacchetto formativo sono stati presentati il 17 aprile 2013 in occasione di un convegno organizzato presso l'ISS durante la Settimana europea delle vaccinazioni 2013. Successivamente sono stati inviati via e-mail a tutti gli operatori che hanno partecipato al progetto, ai referenti regionali per la vaccinazione contro l'HPV (con richiesta di

diffusione ai referenti ASL e agli altri operatori sanitari del territorio) e sono stati pubblicati su EpiCentro in una pagina dedicata al progetto (<http://www.epicentro.iss.it/problemi/hpv/valore.asp>), al fine di favorirne la massima divulgazione.

Nel presente rapporto ognuna delle attività sopra menzionate è stata descritta in un capitolo dedicato; nel capitolo conclusivo sono riportate le indicazioni operative proposte per migliorare l'adesione consapevole alla vaccinazione contro l'HPV, delineate nel documento tecnico prodotto a conclusione del progetto VALORE. Sono state, inoltre, elaborate delle indicazioni per la pianificazione della comunicazione sulla vaccinazione contro l'HPV (Appendice A). I questionari utilizzati per le indagini condotte nell'ambito di VALORE sono riportati in Appendice B.

INDAGINE SULLE CAMPAGNE DI VACCINAZIONE CONTRO L'HPV: IL PUNTO DI VISTA DEI REFERENTI DI REGIONE/PA E ASL

Introduzione

In Italia l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro l'HPV alle ragazze nel dodicesimo anno di vita è stata introdotta dall'Intesa Stato-Regioni del 20/12/2007 (2). La prima campagna contro l'HPV è iniziata in tempi diversi tra le Regioni/PA. Tutte le Regioni/PA sono partite nel 2008 (tra gennaio e novembre), eccetto due Regioni (Valle d'Aosta e Basilicata) che, precorrendo i tempi dell'Intesa, hanno avviato l'offerta vaccinale nella seconda metà del 2007.

Le strategie di tipo comunicativo, formativo e organizzativo utilizzate per gestire e promuovere l'offerta della vaccinazione sono state delineate nell'ambito delle Regioni, in accordo con l'attuale organizzazione sanitaria che prevede che le Regioni siano autonome nel decidere modi, tempi e risorse per le vaccinazioni. In alcune Regioni, le ASL agiscono in piena autonomia nell'organizzazione e gestione delle attività legate all'offerta vaccinale.

L'ultima ricognizione disponibile (al 30 giugno 2013) ha rilevato una copertura nazionale media per tre dosi di vaccino HPV pari al 69%, in riferimento alle coorti di nascita 1997-1999 (4). È stata, inoltre, rilevata un'ampia variabilità tra le Regioni: dal 25-26% nella PA di Bolzano all'85% in Sardegna per la coorte 1997 e 81% in Toscana per le coorti 1998 e 1999. Tale divario è presente sin dall'inizio della campagna e per tutte le coorti di nascita sinora invitate; differenze sono state riportate anche tra ASL della stessa regione.

Nell'ambito del progetto VALORE il CNESPS dell'ISS, in collaborazione con ASL e Regioni/PA, ha condotto un'indagine sulle campagne di vaccinazione contro l'HPV, al fine di: 1) descrivere le modalità di offerta e promozione della vaccinazione contro l'HPV per Regione e ASL, in termini di strategie, stato di implementazione delle stesse e criticità incontrate; 2) identificare possibili azioni, fattori o modalità organizzative dell'offerta di questa vaccinazione associati con coperture vaccinali più alte. Obiettivo secondario dell'indagine era favorire la condivisione di esperienze tra Regioni/ASL. L'indagine è stata condotta nel periodo agosto 2011 - marzo 2012, attraverso la compilazione online di due questionari elettronici indirizzati ai referenti per le malattie infettive di Regioni/PA e ASL.

Metodi

Popolazione in studio

La partecipazione è stata proposta a tutte le Regioni/PA e ASL del territorio nazionale. Ai referenti regionali è stata data l'opportunità di partecipare soltanto a livello regionale oppure di coinvolgere nell'indagine anche le ASL. Nelle Regioni/PA che hanno esteso la partecipazione alle ASL, i referenti regionali hanno comunicato i nominativi e gli indirizzi di posta elettronica dei referenti di ASL per l'indagine. Ai referenti regionali è stato chiesto di compilare online il questionario regionale; ai referenti di ASL è stato chiesto di compilare il questionario ASL. Pertanto, nelle Regioni che hanno partecipato soltanto a livello regionale è stato compilato solo il questionario regionale; nelle Regioni che hanno coinvolto anche le ASL sono stati compilati

sia il questionario regionale (dal referente regionale) che i questionari ASL (dai referenti di ASL). Le due indagini sono indipendenti l'una dall'altra. Inoltre, ai referenti regionali è stato chiesto di inviare le coperture vaccinali per tre dosi di vaccino contro l'HPV delle ragazze appartenenti alle coorti di nascita 1997 e 1998, per Regione e ASL.

Questionari

Sono stati messi a punto due questionari differenti online (uno per la Regione/PA e uno per la ASL) attraverso il software "SurveyMonkey". Gli indirizzi di posta elettronica sono stati utilizzati per creare link personalizzati per accedere al questionario e compilarlo direttamente sul web. I link sono stati inviati ai referenti di Regioni/PA e ASL; alcuni referenti regionali si sono fatti carico di invitare e comunicare personalmente i link ai referenti regionali delle proprie ASL.

I questionari sono stati testati in tre Regioni pilota (Emilia-Romagna, Piemonte e Toscana) e 5 ASL (ASL Modena, ASL Piacenza, ASL Asti, ASL 2 Lucca, ASL 10 Firenze), sia per raccogliere commenti sull'esaustività e chiarezza del questionario, sia per testare la funzionalità del sistema. I questionari hanno coperto i seguenti aspetti:

- *Aspetti organizzativi e logistici delle campagne vaccinali per l'HPV*: organizzazione dei servizi vaccinali, modalità di invito alla vaccinazione e sollecito dei non rispondenti, attività condotte (formazione, divulgazione dati e materiale) per gli operatori sanitari, operatori e servizi coinvolti;
- *Aspetti comunicativi della campagna*: strumenti e canali utilizzati per promuovere la vaccinazione tra operatori e popolazione (incontri informativi con ragazze e genitori, utilizzo di media locali, distribuzione di materiale informativo, coinvolgimento delle scuole, concomitanti azioni divulgative da parte di altre organizzazioni locali);
- *Caratteristiche sociali dell'area considerata*: gruppi antivaccinatori, gruppi difficili da raggiungere;
- *Criticità incontrate durante la campagna* (ed eventualmente soluzioni proposte/effettuate).

Il questionario rivolto alle Regioni/PA è composto da 30 domande prevalentemente chiuse divise in 4 sezioni: ruolo della Regione e della ASL nella pianificazione/implementazione della campagna contro l'HPV, attività rivolte agli operatori sanitari, promozione della vaccinazione contro l'HPV e criticità. Il questionario rivolto alle ASL è composto da 57 domande suddivise in 5 sezioni: attività rivolte agli operatori sanitari e organizzazione dei servizi vaccinali; buone pratiche vaccinali; promozione della vaccinazione contro l'HPV; monitoraggio della promozione della vaccinazione contro l'HPV e criticità e commenti. Copia dei questionari è riportata in Appendice B.

Le domande del questionario si riferiscono alle campagne in cui sono state invitate a vaccinarsi contro l'HPV le ragazze appartenenti alle coorti di nascita 1997 e 1998, quindi approssimativamente nel periodo 2008-2010, variabile a seconda del mese di avvio della campagna. Sono state scelte queste due coorti poiché, in quasi tutte le ASL e Regioni/PA, gli inviti e gli eventuali solleciti erano completati e i dati di copertura vaccinale definitivi all'avvio dell'indagine.

Analisi statistica

L'analisi descrittiva e univariata dei dati è stata effettuata con il software statistico STATA 11.2 (Stata Corporation, College Station, Texas, USA). Le variabili categoriche sono presentate come frequenze assolute e percentuali; il Chi-quadro test, il test di Fisher e il Chi-quadro test for

trend sono stati usati per confrontare le proporzioni. Sono stati considerati significativi i valori di $p < 0,05$.

Nessuna domanda richiedeva una risposta obbligatoria, pertanto alcuni referenti non hanno risposto a tutte le domande; di conseguenza i denominatori per ogni domanda possono variare.

Le informazioni raccolte attraverso il questionario di ASL sono state messe in relazione con i dati di copertura vaccinale. Come *outcome* è stata scelta una copertura vaccinale oltre il 70%, poiché tale valore può essere considerato obiettivo “a breve termine” definito dal Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014. Tale piano definisce l’obiettivo di copertura vaccinale come segue: “Raggiungimento di coperture vaccinali per 3 dosi di HPV $\geq 70\%$ nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001, $\geq 80\%$ nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002, $\geq 95\%$ nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2003” (3). Per valutare i possibili determinanti del raggiungimento della copertura vaccinale del 70% è stata utilizzata la regressione logistica; sono stati calcolati i valori degli *Odds Ratio* (OR) e gli Intervalli di Confidenza (IC) al 95%.

Partecipazione all’indagine e dati di copertura vaccinale

Il questionario regionale è stato compilato da 20/21 Regioni/PA. Le Regioni Liguria, Lombardia e Umbria hanno partecipato solo a livello regionale, mentre le altre 17 Regioni/PA hanno partecipato sia a livello regionale che locale. Il questionario ASL è stato compilato da 133 delle 146 ASL afferenti alle 17 Regioni/PA partecipanti a livello regionale e locale, con una percentuale di rispondenza pari al 91%. Il numero e la distribuzione delle ASL partecipanti sul territorio nazionale sono visualizzati nella Figura 1. Tutte le Regioni/PA hanno inviato i dati di copertura vaccinale per 3 dosi di vaccinazione contro l’HPV, per ASL. La Figura 2 riporta la variabilità di copertura vaccinale tra ASL, relativamente alle coorti 1997 e 1998 (la maggior parte dei dati riportati nelle mappe sono aggiornati a dicembre 2011).

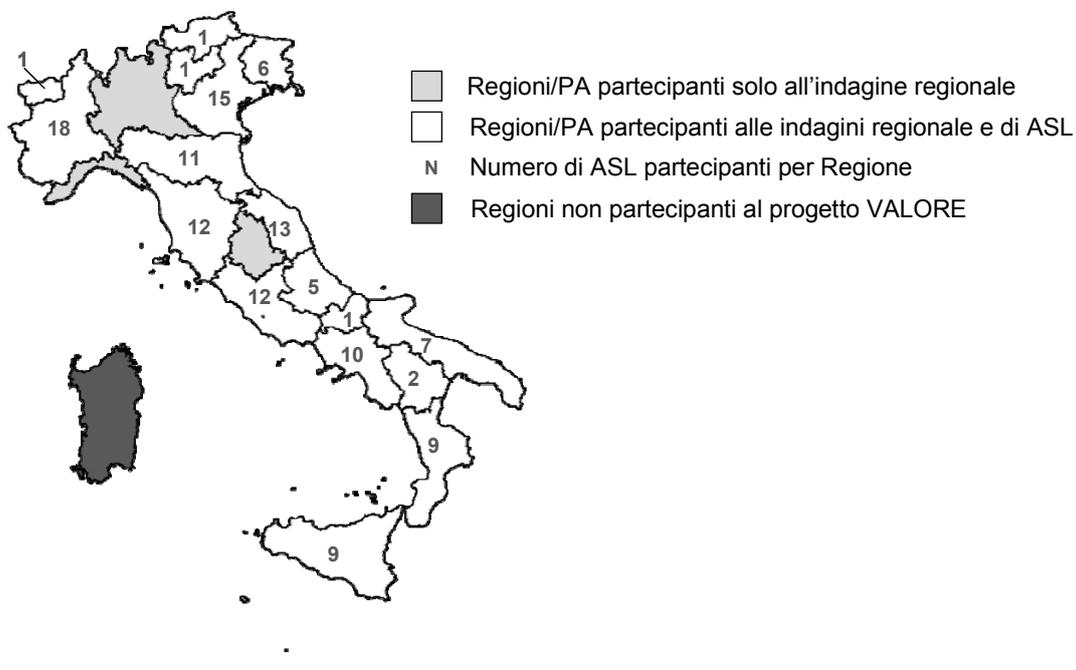


Figura 1. Regioni/PA e ASL partecipanti all’indagine sulle campagne di vaccinazione contro l’HPV

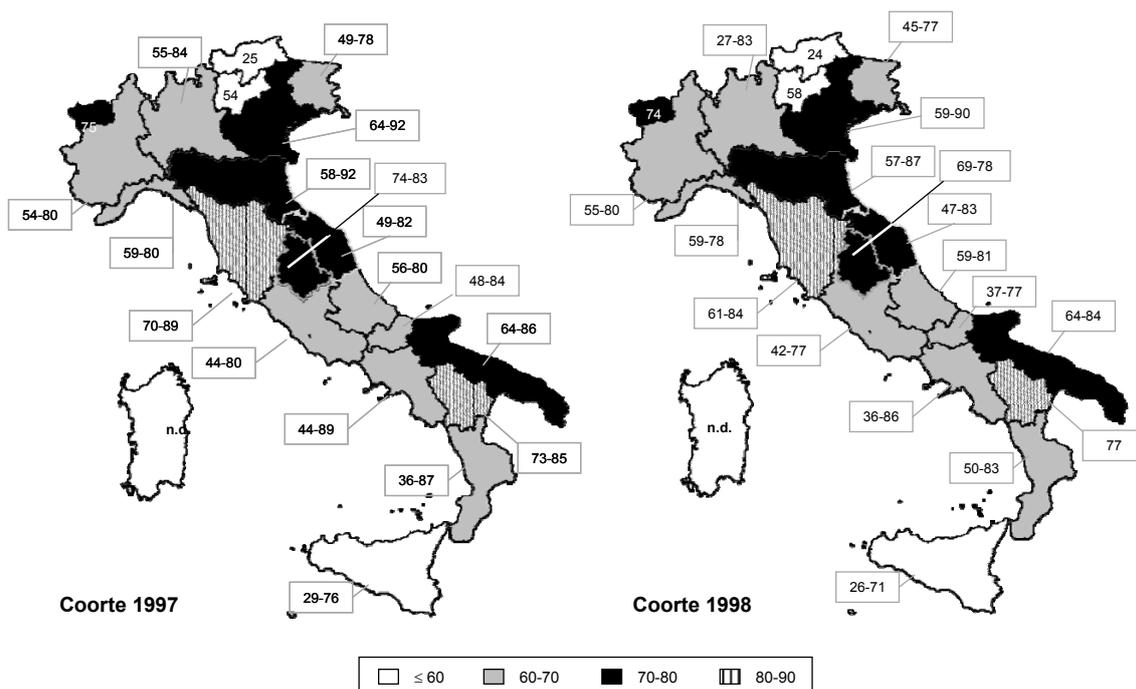


Figura 2. Copertura vaccinale per HPV (%): variabilità tra ASL (coorti 1997-1998)

Risultati delle Regioni/PA

Ruolo di Regione e ASL nelle campagne vaccinali per l'HPV

La prima sezione del questionario regionale aveva lo scopo di valutare come e quali aspetti della campagna di vaccinazione per l'HPV sono stati gestiti a livello di Regione, di ASL o in piena collaborazione tra Regione e ASL.

Il 45% (9) delle Regioni/PA partecipanti all'indagine ha fornito indicazioni specifiche per la campagna da applicare in maniera uniforme in tutte le ASL (prevalente coordinamento regionale); il 40% (8) ha fornito alle ASL indicazioni specifiche per la campagna di vaccinazione contro l'HPV e ha demandato alla ASL la decisione di alcuni aspetti della campagna a livello locale (parziale autonomia delle ASL); poche Regioni/PA (3, 15%) hanno fornito indicazioni generali per la campagna di vaccinazione contro l'HPV e demandato alle ASL la decisione strategica di tutti gli aspetti logistici, organizzativi e comunicativi della campagna a livello locale, lasciando piena autonomia alle ASL (Figura 3).

La Tabella 1 descrive quali decisioni strategiche su aspetti organizzativi, comunicativi e formativi della campagna per l'HPV sono state prese dalle ASL, dalle Regioni/PA o in collaborazione tra ASL e Regione.

Le decisioni relative agli aspetti organizzativi delle campagne vaccinali sono state, nella maggior parte delle Regioni, lasciate prevalentemente alle ASL; per gli altri aspetti la situazione è piuttosto eterogenea (Tabella 1).



Figura 3. Modalità di collaborazione tra ASL e Regioni/PA nelle campagne vaccinali per l'HPV

Tabella 1. Decisioni strategiche su vari aspetti di una campagna di vaccinazione contro l'HPV

Aspetti inerenti la campagna di vaccinazione	Decisione prevalentemente		Condivisione ASL e Reg. n. (%)	RISP n.
	Reg. n. (%)	ASL n. (%)		
Aspetti organizzativi				
Modalità di invito delle ragazze (es. modalità per fissare l'appuntamento per la vaccinazione, ecc.)	2 (11)	9 (50)	7 (39)	18
Strategie per il recupero delle non-rispondenti (es. numero di solleciti, modalità del sollecito, ecc.)	1 (6)	12 (75)	3 (19)	16
Strategie per il recupero delle irreperibili per errori nelle liste anagrafiche (es. verifica indirizzi, ecc.)	1 (6)	15 (88)	1 (6)	17
Organizzazione di un servizio in cui viene utilizzato il counselling per la vaccinazione contro l'HPV	1 (7)	12 (86)	1 (7)	14
Gestione della registrazione delle vaccinazioni effettuate al di fuori delle strutture dell'SSN	2 (22)	11 (61)	3 (17)	18
Aspetti di comunicazione				
Coinvolgimento di altre strutture e figure professionali (oltre ai servizi vaccinali della ASL) nell'offerta e promozione della vaccinazione contro l'HPV	3 (17)	8 (4)	7 (39)	18
Predisposizione del materiale informativo da utilizzare per l'invito delle ragazze (es. lettera d'invito)	8 (44)	5 (28)	6 (28)	18
Predisposizione di materiale da utilizzare per la formazione degli operatori sanitari	7 (41)	5 (29)	6 (29)	17
Attività comunicative per la promozione della vaccinazione contro l'HPV rivolte alla popolazione target/popolazione generale/altri target	2 (12)	7 (41)	8 (47)	17
Predisposizione di materiale da utilizzare per la promozione della vaccinazione contro l'HPV rivolte alla popolazione target/popolazione generale/altri target	8 (42)	7 (37)	4 (21)	19
Formazione				
Formazione per il counselling pre-vaccinale	3 (19)	9 (56)	4 (25)	16
Formazione scientifica degli operatori sanitari	5 (26)	5 (26)	9 (47)	19

RISP: rispondenti

Attività rivolte agli operatori sanitari

La seconda sezione del questionario regionale intendeva indagare quali attività sono state condotte a seguito dell'introduzione della vaccinazione contro l'HPV, con che frequenza sono state condotte, quali figure professionali sono state coinvolte e se tali attività hanno coinvolto l'intera Regione o solo alcune ASL. A seguito dell'Intesa Stato-Regioni del 20/12/2007 tutte le Regioni eccetto una hanno prodotto una delibera/nota regionale sulle strategie vaccinali per l'HPV; 7 Regioni hanno elaborato un documento specifico con indicazioni operative per l'implementazione del programma regionale in ciascuna ASL. Materiale informativo da utilizzare per la promozione della vaccinazione è stato prodotto in 16 Regioni e materiale per la formazione degli operatori sanitari in 12 Regioni.

La Tabella 2 indica, per ogni attività condotta, il numero di Regioni in cui sono stati coinvolti gli operatori sanitari elencati.

Tabella 2. Regioni/PA (n. e %) partecipanti all'indagine (n. 20) per attività condotte in seguito all'introduzione dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro l'HPV alle dodicenni e per figure professionali coinvolte

Attività	Ref. ASL	OSV	MMG	PLS	P O/A	PP	OC	G O/A	GP	OSS	Onc.	RISP
Diffusione di delibere e informative												
Invio Intesa Stato-Regione 2007 o delibera regionale	15 (75)	18 (90)	11 (55)	11 (55)	6 (30)	1 (5)	9 (45)	9 (45)	2 (10)	9 (45)	2 (10)	20
Invio informativa per sensibilizzare operatori	12 (75)	14 (88)	12 (75)	12 (75)	9 (56)	2 (13)	11 (69)	10 (63)	2 (13)	8 (50)	2 (13)	16
Formazione												
Corsi di formazione a cascata regionali	12 (67)	16 (89)	11 (61)	15 (83)	10 (56)	1 (6)	13 (72)	12 (67)	-	10 (56)	2 (11)	18
Altri corsi di formazione	2 (33)	3 (50)	2 (33)	2 (33)	1 (17)	1 (17)	1 (17)	2 (33)	1 (17)	2 (33)	-	6
Convegni/eventi informativi	9 (69)	12 (92)	8 (62)	9 (69)	7 (54)	5 (39)	9 (69)	7 (54)	4 (31)	8 (62)	4 (31)	13
Divulgazione di informazioni in tema di HPV/CC												
Dati di aggiornamento (es bollettini)	11 (85)	12 (92)	3 (23)	3 (23)	4 (31)	1 (9)	5 (39)	5 (39)	1 (8)	5 (39)	2 (15)	13
Relazioni di attività svolte in ASL/Regione	10 (91)	9 (82)	3 (27)	3 (27)	3 (27)	1 (9)	5 (46)	5 (46)	1 (9)	6 (55)	2 (18)	11
Dati di copertura vaccinale	15 (79)	16 (84)	5 (26)	7 (37)	4 (21)	1 (5)	7 (37)	4 (21)	1 (5)	7 (37)	2 (11)	19

Ref. ASL: Referente ASL per malattie infettive per malattie infettive; **OSV:** Operatori Servizi Vaccinali; **MMG:** medici di medicina generale; **PLS:** Pediatri di Libera Scelta; **P O/A:** Pediatri Ospedalieri/Ambulatoriali; **PP:** Pediatri Privati; **OC:** Operatori Consultori; **G O/A:** Ginecologi Ospedalieri/ Ambulatoriali; **GP:** Ginecologi Privati; **OSS:** Operatori Servizi di Screening; **Onc.:** Oncologi; **RISP:** rispondenti; **CC:** Carcinoma della Cervice uterina

Per raccogliere queste informazioni, è stata proposta ai referenti una matrice attività/operatori (simile alla Tabella 2) in cui scegliere le combinazioni attività/operatore (operatore coinvolto nell'attività indicata) applicabili alla propria Regione. Considerando che

tutte le Regioni/PA partecipanti hanno indicato almeno una combinazione attività/operatore, riteniamo plausibile considerare che il numero di Regioni riportato nella colonna “Rispondenti” della Tabella 2 sia il numero di Regioni/PA che ha effettuato l’attività proposta.

Tutte le Regioni/PA partecipanti hanno divulgato la copia dell’Intesa e/o delibera regionale sulle strategie per la vaccinazione contro l’HPV e 16 Regioni hanno inviato un’informativa agli operatori sanitari per sensibilizzarli e informarli sull’offerta della vaccinazione per l’HPV. Gli operatori target di questa iniziativa più indicati sono stati gli operatori dei servizi vaccinali e i referenti ASL delle malattie infettive. A seguire: medici di base, pediatri, operatori dei consultori e dei servizi di screening. Meno della metà delle Regioni hanno coinvolto operatori ospedalieri/ambulatoriali e pochissime Regioni i professionisti privati.

Corsi di formazione a cascata sono stati organizzati in 18 Regioni; gli operatori più coinvolti sono stati gli operatori dei servizi vaccinali, i pediatri e gli operatori dei consultori.

I dati di copertura vaccinale sono stati divulgati agli operatori sanitari in 19 su 20 Regioni, nella maggior parte dei casi ai referenti di malattie infettive e agli operatori dei servizi vaccinali; nella maggior parte delle Regioni, le altre figure professionali non hanno rappresentato il target delle attività di feedback e condivisione di dati e attività.

Per ognuna delle attività sopra elencate è stato chiesto ai referenti regionali di indicare sia la frequenza che la copertura territoriale (tutta la regione o solo alcune ASL) (Tabella 3). Delle Regioni/PA rispondenti, nella maggior parte delle Regioni/PA l’Intesa Stato-Regioni e/o delibera regionale è stata inviata agli operatori solo all’inizio della campagna, mentre un’informativa per sensibilizzare gli operatori è stata effettuata periodicamente o comunque ripetuta dopo il primo invio. I corsi regionali di formazione a cascata sono stati effettuati solo all’avvio della campagna nella maggior parte delle Regioni, mentre altri corsi o eventi informativi sono stati effettuati più frequentemente. Nella maggior parte delle Regioni, un feedback sulle attività condotte e le coperture vaccinali viene dato periodicamente agli operatori sanitari. In quasi tutte le Regioni, queste attività hanno coinvolto tutte le ASL.

Tabella 3. Regioni/PA (n.) partecipanti all’indagine per frequenza e copertura territoriale delle attività condotte in seguito all’introduzione dell’offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro l’HPV alle dodicenni

Attività	Frequenza			Copertura	
	<i>solo all'avvio della campagna</i>	<i>ripetuto successivamente</i>	<i>periodicamente</i>	<i>tutta la Regione</i>	<i>solo alcune ASL</i>
Diffusione di delibere e informative					
Invio Intesa Stato-Regione 2007 o delibera regionale	14	3	2	17	1
Invio informativa per sensibilizzare operatori	6	5	5	15	-
Attività di formazione					
Corsi di formazione a cascata regionali	11	5	2	17	
Altri corsi di formazione	1	2	3	7	
Convegni/eventi informativi	4	7	3	12	2
Divulgazione di informazioni in tema di HPV/CC					
Dati di aggiornamento (es bollettini)	0	2	8	11	
Relazioni di attività svolte in ASL/Regione	1	1	8	11	
Dati di copertura vaccinale	1	2	15	15	2

CC: Carcinoma della Cervice uterina

Solo la Regione Marche ha condotto, durante la campagna vaccinale, indagini *ad hoc* per valutare alcuni aspetti importanti del lavoro svolto, in particolare un'indagine per valutare l'atteggiamento degli operatori sanitari verso la vaccinazione contro l'HPV. In concomitanza con le campagne vaccinali, in sei Regioni sono stati avviati progetti di ricerca in materia di HPV, prevalentemente sull'uso del test HPV come screening primario per il cervicocarcinoma e sulla sorveglianza di eventi avversi alla vaccinazione contro l'HPV.

Promozione della vaccinazione contro l'HPV

La terza sezione del questionario regionale ha raccolto informazioni utili a descrivere le strategie comunicative e le attività condotte per promuovere la vaccinazione contro l'HPV. Tutte le Regioni, ad esclusione di Campania e Calabria, hanno riferito di aver condotto una campagna di promozione della vaccinazione contro l'HPV, coinvolgendo tutte le ASL della Regione. Le Regioni Campania e Calabria hanno effettuato alcune iniziative per promuovere la vaccinazione (produzione di materiale informativo in Campania, attività comunicative in Calabria) sebbene non all'interno di una campagna strutturata.

Ai referenti regionali è stato proposto un elenco di gruppi target ed è stato chiesto loro di indicare a quali gruppi target è stata rivolta la campagna di promozione vaccinale nella loro Regione/PA (Figura 4). Gli operatori sanitari (pediatri, medici di base, ginecologi) rappresentano il target delle attività di comunicazione indicato da quasi tutte le Regioni (17).

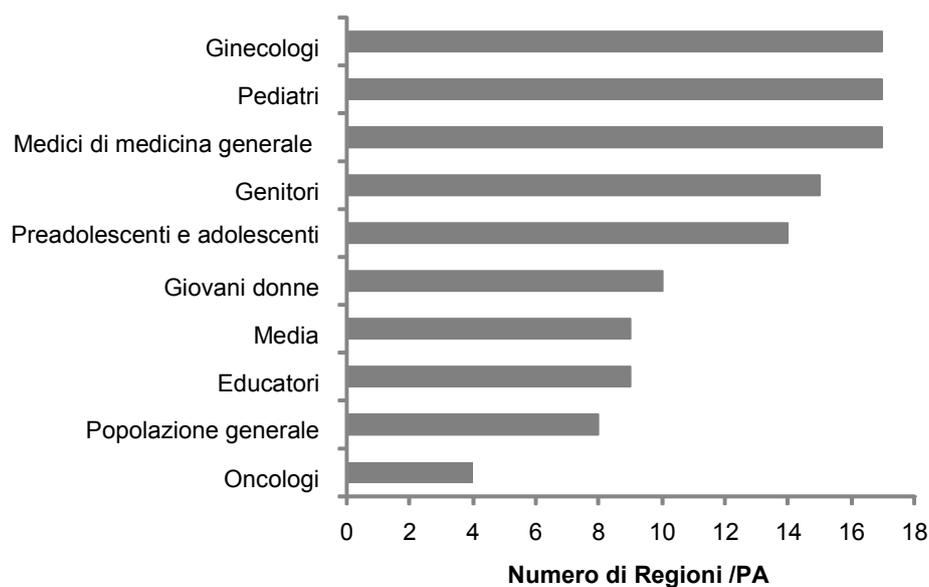


Figura 4. Regioni/PA (n.) per gruppi target coinvolti nelle attività di comunicazione per la promozione della vaccinazione contro l'HPV (n. 19)

L'84% delle Regioni ha indirizzato le azioni di comunicazione per la promozione della vaccinazione contro l'HPV sia agli operatori sanitari sia alla popolazione (Tabella 4). La Regione Abruzzo ha rivolto le attività di comunicazione solo agli operatori sanitari; la Regione Friuli-Venezia Giulia e la Regione Calabria soltanto alla popolazione.

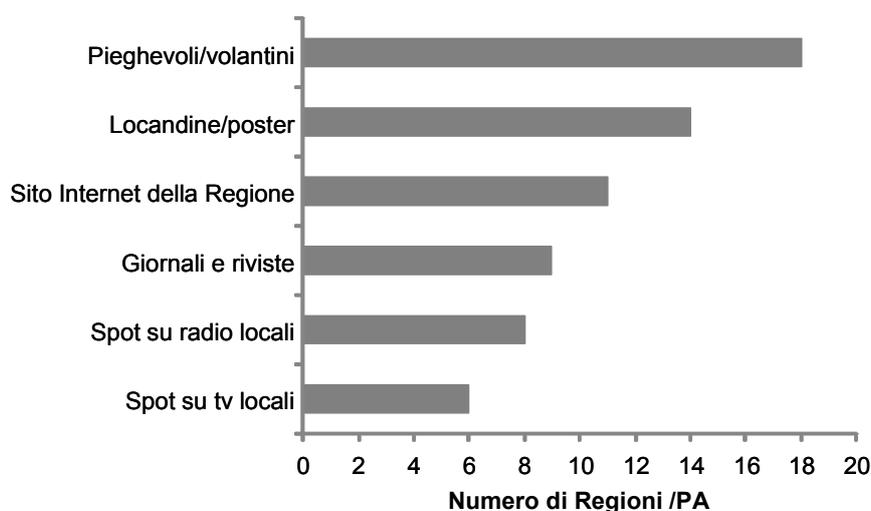
Tabella 4. Regioni/PA (n. e %) per gruppi target ai quali sono state rivolte le attività di comunicazione per la promozione della vaccinazione contro l'HPV (n. 19)

Target	n.	%
Solo operatori sanitari	1	5,3
Solo popolazione	2	10,5
Entrambi i target	16	84,2
Totale*	19	100

*Il denominatore include le 18 Regioni che hanno dichiarato di avere effettuato una campagna di promozione della vaccinazione contro l'HPV e la Regione Calabria che ha dichiarato di avere effettuato attività di comunicazione.

La maggioranza delle Regioni ha utilizzato molteplici materiali e strumenti comunicativi per promuovere la vaccinazione contro l'HPV: su 19 Regioni (cioè le 18 Regioni che hanno dichiarato di avere effettuato una campagna di promozione della vaccinazione contro l'HPV e la Regione Campania che ha prodotto materiali informativi), 14 Regioni hanno utilizzato tra i 3 e i 6 strumenti tra quelli proposti (pieghevoli/volantini, locandine/poster, spot su radio locali, spot su tv locali, giornali/riviste, sito web regionale) e 5 Regioni meno di 3 (in 4 di queste 5 Regioni sono stati usati pieghevoli/volantini, mentre nella Regione Lazio è stato usato solo il Sito Web regionale).

Il materiale informativo cartaceo è stato il mezzo più utilizzato (predisposto da tutte le Regioni eccetto la Regione Calabria); in particolare i pieghevoli e i volantini sono stati usati da 18 Regioni, mentre locandine e poster da 14 Regioni. Il sito internet regionale è stato utilizzato da 11 Regioni; a seguire sono stati utilizzati: giornali e riviste, radio e TV locali (Figura 5).

**Figura 5. Regioni/PA (n.) per materiale informativo e mezzi di comunicazione utilizzati per promuovere la vaccinazione contro l'HPV (n. 19)**

Le PA di Bolzano e Trento e la Regione Emilia-Romagna hanno dichiarato di aver tradotto il materiale prodotto in altre lingue per una migliore fruizione dello stesso da parte della popolazione straniera residente. In Emilia-Romagna il materiale è stato tradotto in inglese, francese, spagnolo, portoghese, albanese, rumeno, russo, cinese, arabo, hindi, urdu; nella PA di

Trento in inglese, francese, rumeno, albanese, arabo; nella PA di Bolzano in tedesco. Anche in alcune ASL della Regione Marche i volantini informativi sono stati tradotti in altre lingue.

Ai referenti è stato proposto un elenco di luoghi ed è stato chiesto loro di indicare dove è stato distribuito il materiale informativo (Figura 6); 15 Regioni hanno dichiarato che la distribuzione del materiale informativo, essendo stata pianificata dalle ASL, varia tra ASL. In 10 Regioni il materiale informativo è stato distribuito solo in ambienti sanitari, mentre nelle altre 9 Regioni il materiale informativo è stato distribuito sia in ambienti sanitari che non sanitari (come scuole, esercizi pubblici, stand informativi nelle piazze).

La Regione Umbria ha riportato di aver proiettato spot informativi sui display nei centri di prenotazione unica per le prestazioni sanitarie (CUP). La Regione Lazio ha predisposto un CD rom per gli operatori sanitari contenente: 1) corso di formazione con presentazioni in power point; 2) pubblicazione scientifiche su HPV e vaccinazione; 3) schede tecniche dei vaccini contro l'HPV; 4) documenti di indirizzo nazionali e regionali; 5) documento "Le cento domande su HPV" elaborato dall'Osservatorio Nazionale Screening.

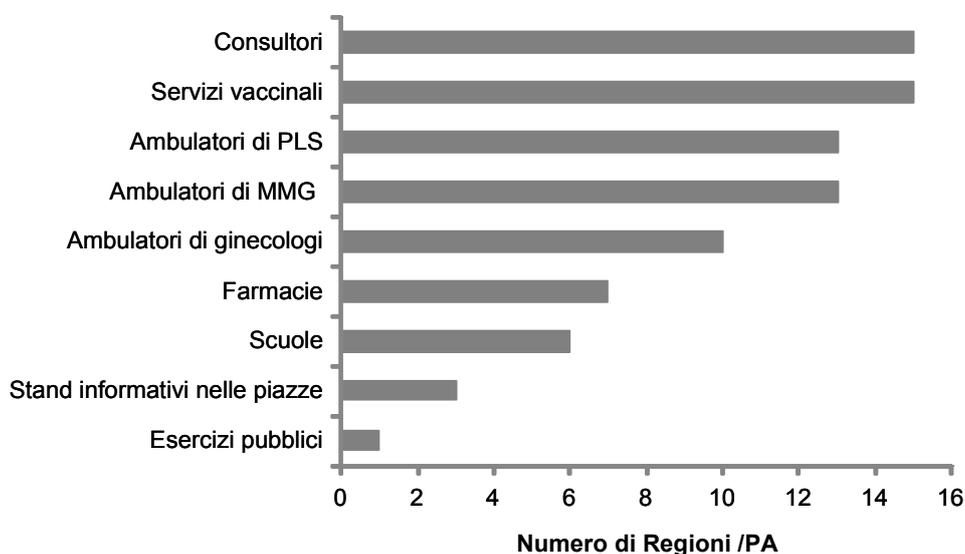


Figura 6. Regioni/PA (n.) per luogo in cui è stato distribuito il materiale informativo (n. 19)

Le indicazioni di 9 Regioni/PA prevedevano il coinvolgimento delle scuole medie nelle attività di promozione della vaccinazione (Basilicata, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Trento, Puglia, Sicilia); in tutte eccetto il Molise, le attività sono state pianificate dalle ASL e quindi sono state organizzate attività diverse tra ASL della stessa Regione. Le scuole medie sono state coinvolte per incontri informativi con le famiglie e le ragazze in 3 Regioni (Liguria, Puglia e Sicilia); una lettera di sensibilizzazione è stata inviata alle alunne tramite le scuole medie in 4 Regioni (Basilicata, Marche, Molise e Puglia); nella Regione Basilicata sono state organizzate giornate di vaccinazione nelle scuole; le Regioni Emilia-Romagna, Lazio e la PA di Trento non hanno specificato le attività effettuate.

Una linea telefonica per rispondere alle esigenze informative della popolazione sulla vaccinazione contro l'HPV era prevista in 4 Regioni. Di queste, le Regioni Valle d'Aosta e Toscana hanno predisposto una linea telefonica regionale dedicata alla vaccinazione contro l'HPV, mentre le Regioni Puglia ed Emilia-Romagna hanno indicato per tali informazioni la linea telefonica unica per tutte le vaccinazioni.

Sette Regioni hanno affermato che in concomitanza con le loro campagne di promozione della vaccinazione sono state organizzate azioni divulgative da parte di altre organizzazioni locali quali Organizzazioni Non Governative (in 3 Regioni), ditte farmaceutiche (in 4 Regioni) o Società Scientifiche (in 4 Regioni).

Criticità della campagna di vaccinazione contro l'HPV

Nell'ultima sezione del questionario regionale, ai referenti di Regioni/PA è stata proposta una lista di fattori ed è stato chiesto loro di indicare se tali fattori hanno influito negativamente sulla copertura vaccinale per l'HPV (usando la seguente scala: molto/abbastanza/poco/per nulla). I fattori che più della metà delle Regioni ha dichiarato di avere influito "molto/abbastanza" negativamente sono stati: la scarsa partecipazione agli eventi formativi degli operatori sanitari territoriali (diversi dagli operatori vaccinali), la loro diffidenza verso la vaccinazione contro l'HPV, la diffidenza della popolazione verso questa vaccinazione, la diffusione di opinioni contrarie alla vaccinazione attraverso web e media locali. A seguire: il personale insufficiente e l'assenza o inadeguatezza delle anagrafi vaccinali informatizzate, indicati da 8 e 7 Regioni rispettivamente (Figura 7).

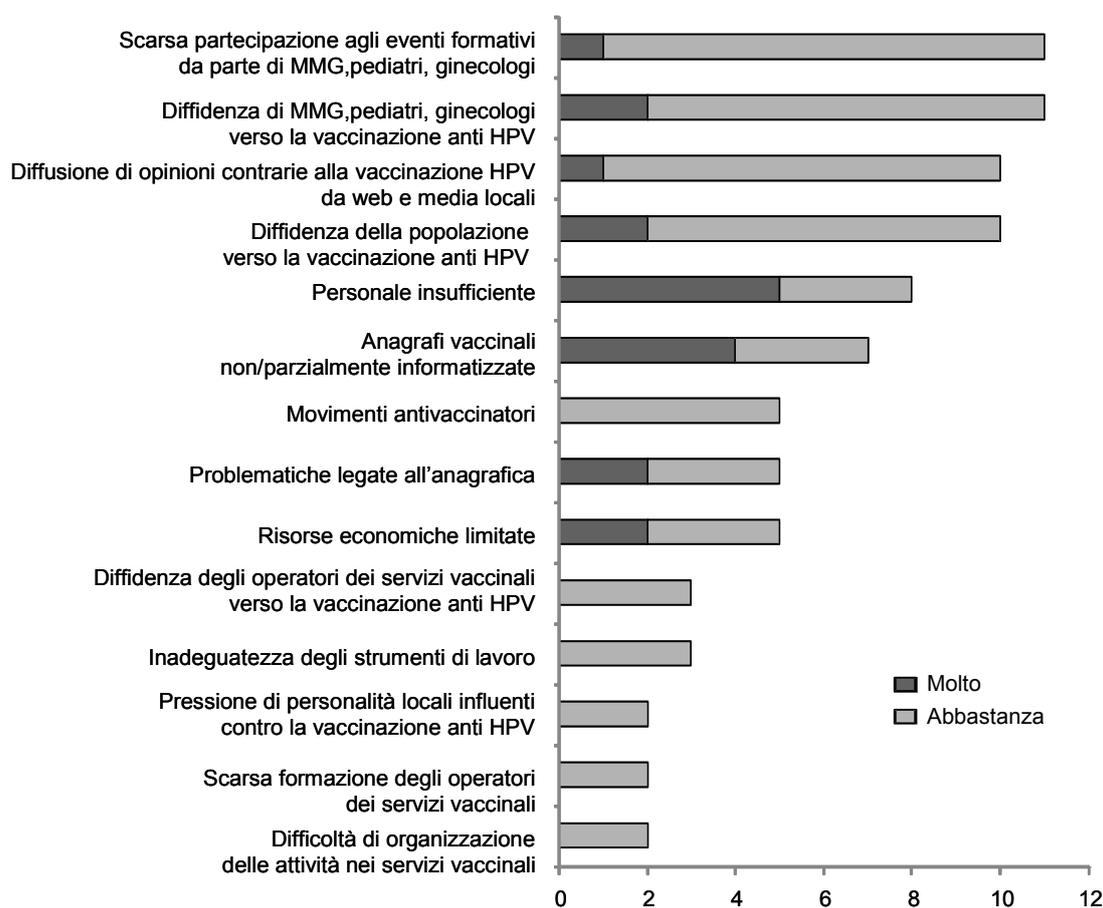


Figura 7. Regioni/PA (n.) che hanno dichiarato che i fattori proposti hanno influito negativamente sulla copertura vaccinale per l'HPV (n. 20)

Risultati delle ASL

Popolazione in studio

Hanno partecipato all'indagine locale 133 ASL su un totale di 146 ASL (91%) delle 17 Regioni che hanno partecipato al progetto VALORE sia a livello regionale che locale. L'indagine è stata effettuata in un periodo in cui molte ASL sono state accorpate, perciò in alcune Regioni il numero di ASL potrebbe non essere aggiornato. In 12 su 17 Regioni, il questionario è stato compilato da tutte le ASL. Nella Tabella 5 è riportato il numero di ASL partecipanti per Regione, area geografica e popolazione residente.

Tabella 5. ASL partecipanti all'indagine (n. e %) sulle campagne di vaccinazione contro l'HPV per Regione, area geografica e numerosità della popolazione target della vaccinazione

Regione	n.	%
Abruzzo	5	3,8
Basilicata	2	1,5
Calabria	9	6,8
Campania	10	7,5
Emilia-Romagna	11	8,3
Friuli-Venezia Giulia	6	4,5
Lazio	12	9
Marche	13	9,8
Molise	1	0,8
PA di Bolzano	1	0,8
PA di Trento	1	0,8
Piemonte	18	13,5
Puglia	7	5,3
Sicilia	9	6,8
Toscana	12	9
Valle d'Aosta	1	0,8
Veneto	15	11,3
Area geografica		
Nord	53	39,8
Centro	37	27,8
Sud	43	32,3
Popolazione di ragazze dodicenni residenti nella ASL		
< 750	40	30,1
750-1350	40	30,1
> 1350	53	39,8
Totale	133	

Attività rivolte agli operatori sanitari e organizzazione dei servizi vaccinali

La prima sezione del questionario di ASL ha raccolto informazioni su quali attività sono state condotte a seguito dell'introduzione della vaccinazione contro l'HPV, con che frequenza sono state condotte, quali figure professionali sono state coinvolte e come sono organizzati i servizi vaccinali della ASL.

La Tabella 6 indica, per ogni attività condotta, il numero di ASL in cui sono stati coinvolti gli operatori sanitari elencati. Per raccogliere queste informazioni, è stata proposta ai referenti una matrice attività/operatori in cui scegliere le combinazioni attività operatore applicabili alla

propria ASL. Considerando che tutte le ASL partecipanti hanno indicato almeno una combinazione attività/operatore, riteniamo plausibile considerare che il numero di ASL riportato nella colonna "ASL rispondenti" della Tabella 6 sia il numero di ASL che ha effettuato l'attività proposta.

Tabella 6. ASL (n. e %) partecipanti all'indagine per attività condotte in seguito all'introduzione dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro l'HPV alle dodicenni e per figure professionali coinvolte (n. 132)

Attività	OSV	MMG	PLS	P O/A	PP	OC	G O/A	GP	OSS	Onc.	RISP
Diffusione di delibere e informative											
Invio Intesa Stato-Regione 2007 o delibera regionale	123 (99)	62 (50)	82 (66)	52 (42)	7 (6)	65 (52)	62 (50)	9 (7)	36 (29)	7 (6)	124
Invio informativa per sensibilizzare operatori	114 (94)	90 (74)	100 (83)	67 (55)	17 (14)	79 (65)	77 (64)	14 (12)	51 (42)	7 (6)	121
<i>Invio delibere/informative*</i>	129 (98)	96 (73)	112 (85)	80 (61)	19 (14)	91 (69)	91 (69)	17 (13)	57 (43)	8 (6)	132
Formazione											
Corsi di formazione a cascata regionali	104 (99)	61 (58)	77 (73)	55 (52)	13 (12)	67 (64)	63 (60)	12 (11)	40 (38)	5 (5)	105
Altri corsi di formazione	45 (94)	20 (42)	24 (50)	14 (29)	8 (17)	20 (42)	21 (44)	7 (15)	15 (32)	4 (8)	48
Convegni/eventi informativi	96 (98)	56 (57)	71 (72)	41 (42)	12 (12)	53 (54)	50 (51)	14 (14)	36 (37)	9 (9)	98
<i>Attività di formazione*</i>	125 (95)	86 (65)	104 (78)	72 (55)	21 (16)	91 (69)	92 (70)	22 (17)	58 (44)	13 (10)	132
Divulgazione di informazioni in tema di HPV/CC											
Dati di aggiornamento (es bollettini)	86 (97)	34 (38)	50 (56)	22 (25)	5 (6)	31 (35)	25 (28)	6 (7)	18 (20)	7 (8)	89
Relazioni di attività svolte in ASL/Regione	88 (99)	30 (34)	50 (56)	24 (27)	4 (5)	30 (34)	26 (29)	4 (5)	18 (20)	5 (6)	89
Dati di copertura vaccinale	93 (98)	37 (39)	61 (64)	16 (17)	4 (4)	24 (25)	21 (22)	3 (3)	14 (15)	5 (5)	95
<i>Feedback su divulgazione di informazioni*</i>	109 (83)	52 (39)	77 (58)	35 (27)	7 (5)	40 (30)	36 (27)	8 (6)	25 (19)	9 (7)	132

* Svolgimento di almeno una tra le attività elencate in ogni sezione

OSV: Operatori Servizi Vaccinali; **MMG:** medici di medicina generale; **PLS:** Pediatri di Libera Scelta; **P O/A:** Pediatri Ospedalieri/Ambulatoriali; **PP:** Pediatri Privati; **OC:** Operatori Consultori; **G O/A:** Ginecologi Ospedalieri/ Ambulatoriali; **GP:** Ginecologi Privati; **OSS:** Operatori Servizi di Screening; **Onc.:** Oncologi; **RISP:** rispondenti

La maggior parte delle ASL ha divulgato sul territorio la copia dell'Intesa e/o delibera regionale sulle strategie per la vaccinazione contro l'HPV (124/132, 94%) e/o un'informativa agli operatori sanitari per sensibilizzarli e informarli sull'offerta della vaccinazione per l'HPV (121/132, 92%). Gli operatori dei servizi vaccinali sono stati target di queste iniziative di sensibilizzazione nella maggior parte delle ASL (98%) e i pediatri nell'84%. I medici di base, gli operatori dei consultori e i ginecologi ambulatoriali e ospedalieri sono stati coinvolti in circa il 70% delle ASL. In poche ASL sono stati coinvolti i professionisti privati.

In 105 ASL (80%) sono stati organizzati corsi di formazione a cascata, diretti soprattutto a operatori dei servizi vaccinali e pediatri di libera scelta. Gli operatori dei consultori, i pediatri

ambulatoriali/ospedalieri, i ginecologi e i medici di base sono stati coinvolti nel 50-60% delle ASL.

I dati di aggiornamento su coperture vaccinali raggiunte e attività svolte sono stati divulgati agli operatori dei servizi vaccinali nell'83% delle ASL; le altre figure professionali sono state target delle attività di divulgazione in una bassa percentuale di ASL.

L'Intesa Stato-Regioni o delibera regionale è stata inviata solo all'avvio della campagna nella maggior parte delle ASL (76%), mentre la diffusione di una nota informativa per sensibilizzare gli operatori nel 48% delle ASL è stata ripetuta nel corso della campagna. I corsi di formazione a cascata sono stati effettuati solo all'avvio della campagna nel 64% delle ASL, mentre altri corsi e eventi formativi in oltre la metà delle ASL sono stati ripetuti anche in seguito. Nella maggior parte delle ASL i dati di aggiornamento, copertura vaccinale e relazioni di attività sono stati periodicamente divulgati agli operatori sanitari, soprattutto i dati di copertura vaccinale (81%) (Tabella 7).

Tabella 7. ASL (n. e %) partecipanti all'indagine per attività condotte in seguito all'introduzione dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro l'HPV alle dodicenni e per frequenza

Attività	Solo all'avvio della campagna	Ripetuta successivamente	Periodicamente	ASL rispondenti
Diffusione di delibere e informative				
Invio Intesa Stato-Regione 2007 o delibera regionale	95 (76,0)	20 (16,8)	4 (3,4)	119
Invio informativa per sensibilizzare operatori	62 (51,7)	41 (34,2)	17 (14,2)	120
Formazione				
Corsi di formazione a cascata regionali	79 (63,7)	19 (18,3)	6 (5,8)	104
Altri corsi di formazione	17 (31,5)	22 (41,0)	15 (27,8)	54
Convegni/eventi informativi	42 (42,9)	33 (33,7)	23 (23,5)	98
Divulgazione di informazioni in tema di HPV/CC				
Dati di aggiornamento (es bollettini)	16 (18,4)	19 (21,8)	52 (59,8)	87
Relazioni di attività svolte in ASL/Regione	9 (10,5)	16 (18,6)	61 (70,9)	86
Dati di copertura vaccinale	8 (8,3)	10 (10,4)	78 (81,3)	96

In tutte le ASL i servizi vaccinali della ASL si occupano della somministrazione gratuita della vaccinazione contro l'HPV; in 5 ASL la vaccinazione è offerta anche presso i consultori; in 5 ASL presso gli ambulatori dei pediatri di libera scelta e in 6 ASL (3 in Puglia, 2 in Sicilia e 1 nel Friuli-Venezia Giulia) presso gli ambulatori scolastici.

Nella maggior parte delle ASL (117, 89%) le sedute per la vaccinazione contro l'HPV si svolgono per appuntamento e la data viene assegnata dal servizio vaccinale ed è modificabile in base alle esigenze delle famiglie. Nel 60% (76) dei servizi vaccinali delle ASL 1 o 2 giorni a settimana sono dedicati alle sedute vaccinali per HPV. Nel 94,5% delle ASL (121) sono previsti appuntamenti pomeridiani. I protocolli vaccinali del 21% (28) delle ASL prevedono la somministrazione del vaccino contro l'HPV e del vaccino per difterite-tetano-pertosse (Tabella 8).

Tabella 8. ASL (n. e %) partecipanti all'indagine per tipologia di seduta vaccinale per HPV

Tipologia di seduta vaccinale per HPV	n.	%
Sedute per appuntamento (n. 132)		
Senza appuntamento	9	6,82
Spetta ai genitori richiedere l'appuntamento	6	4,55
Appuntamento pre-assegnato dal Servizio Vaccinale	117	88,6
Giornate di vaccinazione per settimana (n. 127)		
1 o 2 giorni alla settimana	76	59,8
3 o 4 giorni alla settimana	27	21,3
5 o 6 giorni alla settimana	24	18,9
Appuntamenti pomeridiani (n. 128)		
Non previsti	7	5,5
Sì, tutti i giorni	12	9,4
Sì, in alcuni giorni	109	85,2

Buone pratiche vaccinali

La seconda sezione del questionario intendeva descrivere alcune pratiche vaccinali: la disponibilità dell'anagrafe vaccinale, le modalità di invito delle dodicenni alla vaccinazione contro l'HPV, le modalità di sollecito delle inadempienti, le modalità di recupero delle irreperibili, la presenza nella ASL di servizi di counselling pre-vaccinale e di una linea telefonica per informazioni sulla vaccinazione contro l'HPV.

Un'anagrafe vaccinale è presente nel 66,9% (89) delle ASL. Nel 17% (23) delle ASL la registrazione delle vaccinazioni effettuate è informatizzata, ma non c'è alcun collegamento alle anagrafi e nel 16 % (21) delle ASL vengono ancora utilizzati registri cartacei (Tabella 9).

Tabella 9. ASL (n. e %) partecipanti all'indagine per disponibilità/tipologia di anagrafe vaccinale (n. 133)

Disponibilità/tipologia di anagrafe vaccinale	n.	%
Assenza di anagrafe vaccinale	21	15,8
Anagrafe vaccinale collegata all'anagrafe di popolazione	7	5,3
Anagrafe vaccinale collegata all'anagrafe sanitaria	67	50,4
Anagrafe vaccinale collegata all'anagrafe sanitaria e all'anagrafe di popolazione	15	11,3
Semplice registrazione informatizzata delle vaccinazioni, senza collegamento alle anagrafi	23	17,3

In tutte le ASL la chiamata attiva delle ragazze è stata effettuata attraverso una lettera nominativa. Nella maggior parte dei casi la lettera è stata inviata a casa; in alcune ASL è stata consegnata attraverso le scuole; in 7 ASL la lettera è stata seguita da contatto telefonico. Nella maggior parte delle ASL, nella lettera nominativa di invito alla vaccinazione viene indicata la data dell'appuntamento della prima dose, viene inviato materiale informativo e viene indicata una linea telefonica da contattare per ricevere informazioni inerenti la vaccinazione contro l'HPV. È rilevante però che nel 20% delle ASL non viene fornito contestualmente all'invito alcun numero telefonico che permetta alla famiglia di chiedere prontamente informazioni sulla vaccinazione, se necessarie.

Nell'88% delle ASL (115) è previsto il sollecito delle non rispondenti e nel 32% (41) delle ASL sono previsti almeno due solleciti per le ragazze che non si sono presentate al servizio vaccinale dopo la prima chiamata attiva. Il metodo più usato per il sollecito è l'invio di una nuova lettera (100, 75%); in circa la metà delle ASL (60, 45%) le non rispondenti vengono contattate telefonicamente. Nella metà delle ASL (57, 48%) vengono utilizzati almeno due metodi per il sollecito delle rispondenti. Nel 26% (34) delle ASL non esistono procedure per il recupero delle ragazze considerate irreperibili per problematiche legate all'anagrafica. Nel 61% (81) delle ASL gli indirizzi delle non rispondenti vengono verificati con le anagrafi di popolazione (Tabella 10).

Tabella 10. ASL (n. e %) partecipanti all'indagine per modalità di chiamata alla vaccinazione delle dodicenni (invito, sollecito e recupero)

Modalità di chiamata alla vaccinazione	n.	%
Invito		
Modalità (n. 131)		
Lettera presso il domicilio/residenza	114	87,0
Lettera presso il domicilio/residenza, seguita da contatto telefonico da parte degli operatori ASL	7	5,3
Altro*	10	7,6
Caratteristiche della lettera d'invito (n. 132)		
Viene indicata la data dell'appuntamento per la prima dose	114	85,7
Viene richiesta la conferma dell'appuntamento da parte della famiglia della dodicenne	10	7,5
Viene inviato materiale informativo sulla vaccinazione contro l'HPV	105	78,9
Viene inviato il modulo del consenso informato da restituire al momento della vaccinazione	28	21,1
Viene indicata una linea telefonica da contattare per ricevere informazioni inerenti la vaccinazione contro l'HPV	107	80,5
Sollecito per le non rispondenti		
Numero (n. 133)		
Nessuno sollecito previsto	15	11,3
1 sollecito	62	46,6
2 solleciti	41	30,8
3 solleciti	10	7,5
Altro	5	3,8
Modalità (n. 121)		
Invio di nuova lettera	100	75,2
Telefonata	60	45,1
Solleciti attraverso le scuole	23	17,3
Recupero delle irreperibili		
Modalità (n. 133)		
Assenza di procedure per il recupero delle irreperibili	34	25,6
Verifica degli indirizzi delle non rispondenti con i PLS/MMG	10	7,5
Verifica degli indirizzi delle non rispondenti con le anagrafi di popolazione	81	60,9
Altro**	8	6,0

* 8 ASL hanno riferito che la lettera è stata inviata tramite la scuola

** più di un mezzo tra quelli proposti

Il 74% (99) dei referenti ASL ha dichiarato che nella loro ASL è presente un servizio nel quale viene utilizzato il counselling per la vaccinazione contro l'HPV: in 97 ASL il servizio di

counselling è comune a tutte le vaccinazioni; nella ASL RomaC e nella USL1 di Massa Carrara è stato istituito un servizio di counselling dedicato alla vaccinazione contro l'HPV. Come specificato nel questionario, per counselling vaccinale si intende l'intervento di un operatore sanitario appositamente formato per quanto riguarda gli aspetti tecnico-scientifici dell'intervento (contenuto), ma anche in grado di utilizzare durante il colloquio le competenze di base del counselling con lo scopo di attivare e facilitare la persona verso scelte consapevoli e responsabili riguardo la vaccinazione. Nel 38% (51) delle ASL è disponibile una linea telefonica dedicata alle vaccinazioni e nel 42% delle ASL all'utente viene fornito il numero di telefono del servizio vaccinale della ASL per ricevere informazioni sulla vaccinazione contro l'HPV (Tabella 11).

Tabella 11. ASL (n. e %) partecipanti all'indagine per tipologia di counselling prevaccinale e linea telefonica su HPV

Tipologia di counselling o linea telefonica	n.	%
Counselling prevaccinale (n. 133)		
Non previsto	34	25,6
Counselling dedicato alla vaccinazione contro l'HPV	2	1,50
Counselling per tutte le vaccinazioni	97	72,9
Linea telefonica (n. 133)		
Nessuna linea telefonica	26	19,6
Linea telefonica per tutte le vaccinazioni	49	36,8
Linea telefonica dedicata alla vaccinazione contro l'HPV	2	1,5
Numero del servizio vaccinale fornito all'utente	56	42,1

Nel 48,5% (64) delle ASL è previsto un sistema automatizzato per gli operatori sanitari con scadenziari per gli appuntamenti vaccinali (es. appuntamenti per seconda e terza dose). Nel 70% (93) delle ASL la data dell'appuntamento successivo viene fissata al momento della prima/seconda dose; nel 16% (21) delle ASL la data viene fissata al momento della prima/seconda dose e successivamente ricordato telefonicamente; il 14% (19) dei referenti ha indicato altre modalità: invio lettera a domicilio per ogni richiamo; appuntamento per il richiamo fissato in occasione del primo accesso seguito da contatto telefonico in caso di mancata presentazione; appuntamento per la seconda dose fissato in occasione del primo accesso e invio di una lettera per la terza dose (che è raccomandata a 6 mesi di distanza dalla prima dose).

Promozione della vaccinazione contro l'HPV

Questa parte del rapporto include la terza e quarta sezione del questionario. La terza sezione si prefiggeva di descrivere le strategie comunicative e le attività condotte per promuovere la vaccinazione contro l'HPV: target della campagna promozionale, predisposizione e distribuzione del materiale informativo, coinvolgimento delle scuole, uso di mezzi di comunicazione di massa. La quarta sezione, relativa al monitoraggio delle attività condotte, aveva lo scopo di quantificare approssimativamente le attività di promozione per la vaccinazione contro l'HPV condotte nella ASL, per capire se tali attività hanno coinvolto la maggior parte del territorio o sono state attività sporadiche (per capire, ad esempio, quante scuole sono state effettivamente coinvolte nelle ASL che hanno dichiarato di aver coinvolto le scuole).

Tutte le ASL hanno condotto una campagna promozionale per la vaccinazione contro l'HPV tranne 7 ASL (6%); in queste sette ASL qualche attività di comunicazione/promozione è stata comunque condotta. Nella maggior parte delle ASL (87%) la campagna di promozione è stata effettuata solo all'avvio della campagna, invece in 40 ASL (30%) è stata ripetuta anche successivamente. La campagna è stata condotta in piena collaborazione tra ASL e Regione nella maggior parte delle ASL (68%); il coordinamento è stato prevalentemente regionale in 20 ASL (16%) e prevalentemente locale in 37 ASL (30%).

Ai referenti locali è stato proposto un elenco di gruppi target ed è stato chiesto loro di indicare a quali gruppi sono state rivolte le attività condotte durante la campagna vaccinale (Figura 8). L'82% (105) delle ASL ha indirizzato le azioni di comunicazione per la promozione della vaccinazione sia agli operatori sanitari sia alla popolazione (Tabella 12). I pediatri rappresentano il target delle attività di comunicazione coinvolto dalla maggior parte delle ASL (106, 83%); mentre gli MMG e i ginecologi costituiscono il target delle iniziative comunicative nel 65% (83) e 64% (82) delle ASL rispettivamente.

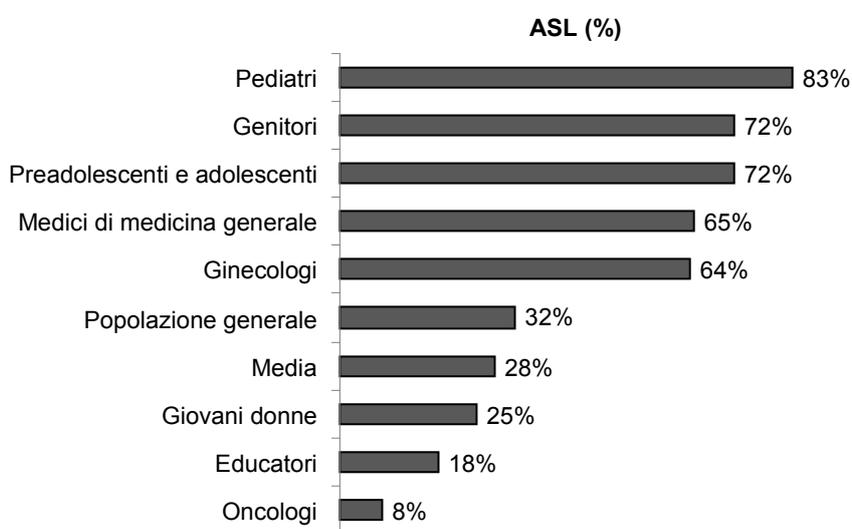


Figura 8. ASL (%) per gruppi target coinvolti nelle le attività di comunicazione per la promozione della vaccinazione contro l'HPV (n. 128)

Tabella 12. ASL (n. e %) partecipanti all'indagine per gruppi target ai quali sono state rivolte le attività di comunicazione per la promozione della vaccinazione contro l'HPV (n.128)

Gruppi target	n.	%
Solo operatori sanitari	9	7,0
Solo popolazione	14	10,9
Entrambi i target	105	82,0

La maggioranza delle ASL ha utilizzato più di uno strumento comunicativo per promuovere la vaccinazione contro l'HPV; in particolare 55 ASL (41%) hanno utilizzato tra i 3 e i 6 strumenti tra quelli proposti (pieghevoli/volantini, locandine/poster, spot su radio locali, spot su tv locali, giornali/riviste, sito web regionale) mentre 78 ASL (59%) meno di 3. La Figura 9 mostra gli strumenti che le ASL hanno utilizzato per la promozione della vaccinazione. Il mezzo

più utilizzato è risultato essere materiale informativo cartaceo (pieghevoli, volantini, locandine, poster), utilizzato da quasi tutte le ASL partecipanti (127, 95,5%); in particolare pieghevoli/volantini da 122 ASL (92%) e locandine/poster da 96 ASL (72%). Materiale informativo cartaceo non è stato utilizzato in alcune ASL della Regione Lazio e della Regione Campania. Televisione, radio, giornali e riviste sono state utilizzate da 62 ASL (47%) e i siti web regionali o aziendali da altrettante (47%). Reti televisive e radio locali sono state il mezzo meno utilizzato. Le ASL che hanno utilizzato spot televisivi e/o radiofonici hanno utilizzato uno o due reti tele/radiofoniche. Tutte le ASL che hanno utilizzato giornali e riviste per promuovere la vaccinazione hanno usato una o due testate, tranne 6 ASL che hanno utilizzato tre o più fonti informative.

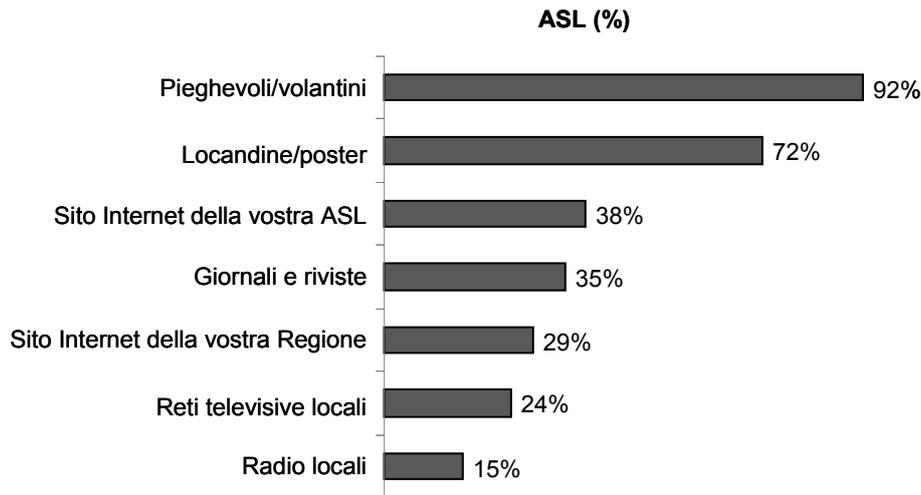


Figura 9. ASL (%) per strumenti utilizzati per la promozione della vaccinazione contro l'HPV (n. 133)

Relativamente al materiale informativo, nella maggior parte delle ASL è stato prodotto dalla Regione (91, 70%) o dalla ASL (50, 39%). In 40 ASL è stato utilizzato materiale informativo prodotto dalle aziende farmaceutiche (31%) e in 24 materiale prodotto dal Ministero della Salute (19%). Il materiale è stato tradotto in altre lingue in 17 ASL (13%); le lingue più menzionate: albanese, arabo, cinese, inglese, rumeno e russo.

Ai referenti ASL è stato proposto un elenco di luoghi ed è stato chiesto loro di indicare in quali fosse stato distribuito il materiale informativo sulla vaccinazione contro l'HPV. In tutte le ASL rispondenti il materiale è stato distribuito nei servizi vaccinali; in circa il 75% negli studi dei pediatri e nei consultori. Il materiale è stato distribuito negli ambulatori dei medici di base e dei ginecologi in una percentuale inferiore di ASL (56 e 31% rispettivamente). Nel 36% delle ASL il materiale è stato distribuito nelle scuole. In 79 (61%) ASL il materiale è stato distribuito solo in ambienti sanitari. Nella ASL 8 di Arezzo, in occasione della Giornata della Salute organizzata dalla ASL stessa, sono stati predisposti stand informativi dedicati alle vaccinazioni in generale e alla vaccinazione contro l'HPV in particolare. I referenti ASL che hanno risposto "Altro" hanno indicato prevalentemente poliambulatori, ospedali e distretti socio-sanitari (Figura 10).

La Figura 11 mostra, per ogni luogo indicato, la proporzione di servizi/ambulatori/scuole del territorio competente della ASL in cui è stato distribuito il materiale informativo. Quasi tutte le ASL che hanno dichiarato di aver distribuito il materiale informativo nei servizi vaccinali hanno coperto oltre il 70% dei servizi. Per tutti gli altri servizi il coinvolgimento non è stato massivo.

Infatti il materiale informativo è stato distribuito in oltre il 70% dei consultori, ambulatori pediatrici, ambulatori di medicina generale e scuole nel 40-50% delle ASL che hanno dichiarato di aver distribuito il materiale in questi servizi. Ancora meno per quanto riguarda ambulatori ginecologici e farmacie: il materiale è stato distribuito in oltre il 70% di questi centri soltanto per il 22 e 8%, rispettivamente, delle ASL che hanno riportato di averli coinvolti.

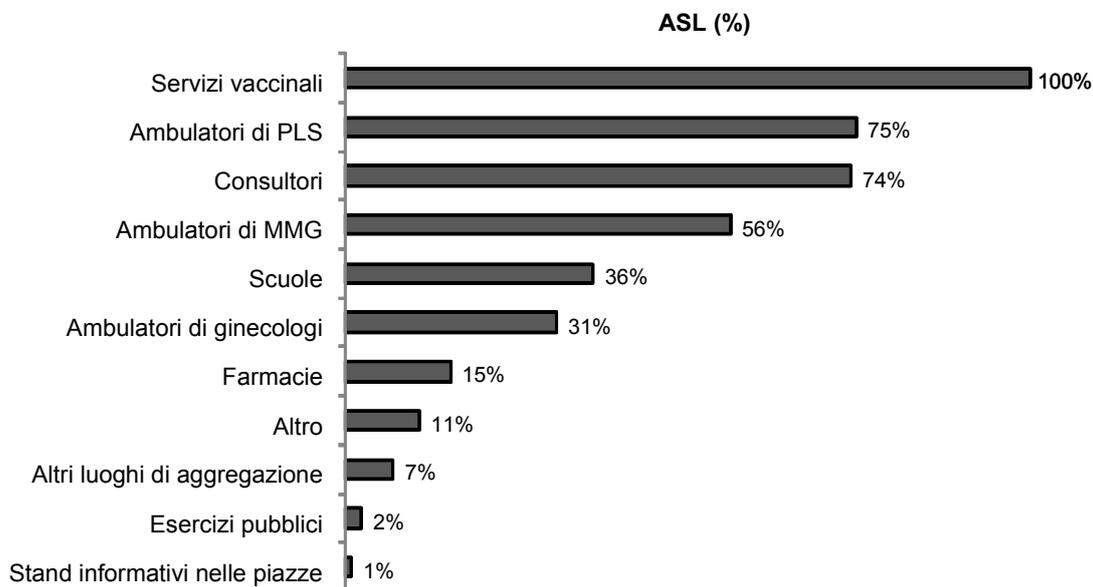


Figura 10. ASL (%) per luogo in cui è stato distribuito il materiale informativo (n. 130)

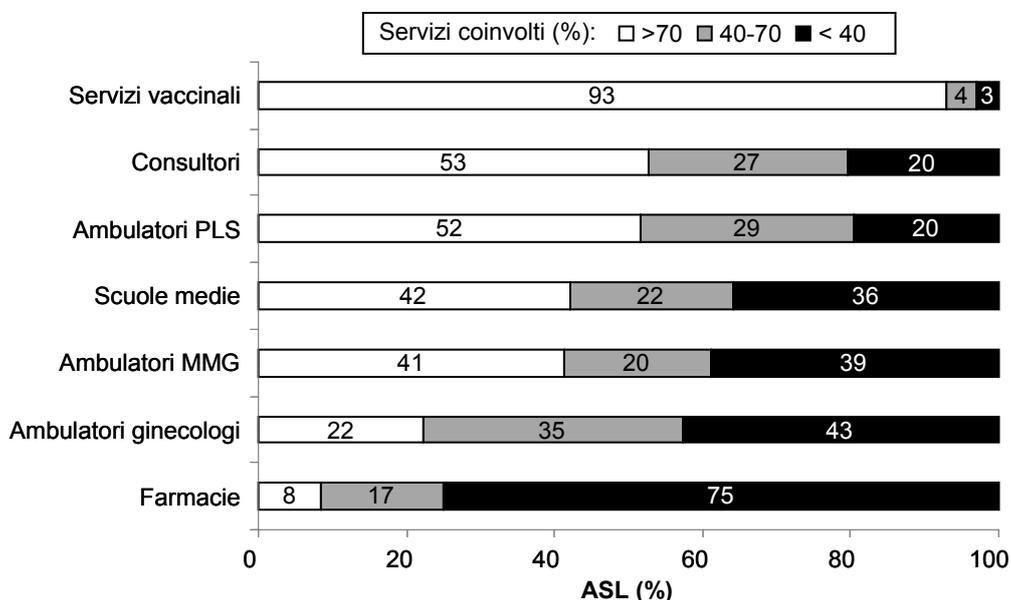


Figura 11. ASL (%) per percentuale di servizi/scuole in cui è stato distribuito il materiale informativo per la promozione della vaccinazione contro l'HPV (coorte 1998)

In 45/131 ASL (34%) sono stati effettuati incontri informativi sulla vaccinazione contro l'HPV per le dodicenni e le famiglie; in circa la metà di queste (23) gli incontri sono stati effettuati solo nel primo anno di campagna, nell'altra metà (21) sono stati ripetuti anche successivamente. Tali incontri sono stati effettuati presso le scuole in 32/45 ASL (71%), presso i servizi vaccinali in 16/45 ASL (36%). Poche ASL hanno riferito di aver utilizzato sedi messe a disposizione dalle ASL o dai comuni.

In 64 ASL (48%) le scuole medie sono state coinvolte nella campagna di promozione per la vaccinazione contro l'HPV (Tabella 13). Di queste, 48 ASL hanno distribuito materiale informativo nelle scuole, 36 ASL hanno inviato una lettera di sensibilizzazione o invito alle ragazze tramite la scuola e 39 hanno organizzato incontri informativi a scuola. In 10 ASL sono state organizzate giornate di vaccinazione a scuola: ASL Matera e Potenza (Regione Basilicata); ASL Bari, Brindisi, Lecce Area Nord, Taranto e Barletta-Andria-Trani (Regione Puglia); ASP3 Catania, ASL L'Aquila, ASL RomaH. La ASL di Vibo Valencia, in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Provinciale, ha condotto un progetto finalizzato a formare i docenti delle scuole medie inferiori affinché informassero efficacemente famiglie e alunne su questo tema. Nel corso della campagna che ha invitato la coorte di nascita 1998 le attività di promozione della vaccinazione contro l'HPV sono state estese a meno del 40% delle scuole medie in metà delle ASL (27/55, 49%); in 13/55 ASL (24%) sono state coinvolte oltre il 70% delle scuole medie del territorio competente (Tabella 13).

Tabella 13. ASL (n. e %) partecipanti all'indagine per coinvolgimento delle scuole medie nella campagna di promozione della vaccinazione contro l'HPV per la coorte 1998

Tipologia di attività e scuole coinvolte	n.	%
Attività condotte nelle scuole (n. 132)		
Nessuna	75	56,8
Distribuzione materiale informativo	48	36,4
Incontri informativi con ragazze e famiglie	36	27,3
Lettera di sensibilizzazione alle alunne delle scuole	39	29,6
Giornate di vaccinazione	10	7,6
Proporzione di scuole coinvolte (n. 55)		
Meno del 40%	27	49,1
40-70%	15	27,3
oltre il 70%	13	23,6
Proporzione delle scuole in cui è stato distribuito il materiale informativo (n. 50)		
Meno del 40%	18	36,0
40-70%	11	22,0
oltre il 70%	21	42,0

In 63 ASL sono state realizzate concomitanti azioni divulgative da parte di altre organizzazioni locali; in particolare da ditte farmaceutiche in 38 ASL, da Società Scientifiche in 29 ASL, da Organizzazioni Non Governative in 8 ASL.

Criticità e commenti

Circa il 50% delle ASL ha dichiarato che nel territorio competente non sono presenti gruppi che rifiutano le vaccinazioni per motivi religiosi o ideologici, gruppi antivaccinatori o larghe comunità etniche; il 30-40% delle ASL ne hanno indicato la presenza (Figura 12). Nella prima

di questa serie di domande è stato chiesto se fossero presenti in zona gruppi che rifiutano le vaccinazioni per motivi religiosi o ideologici; il 31% dei referenti ASL ha risposto positivamente; la maggior parte ha riferito che si tratta di gruppi che rifiutano le vaccinazioni per motivi ideologici, per lo più persone che utilizzano forme di medicina alternativa o gruppi strutturati di antivaccinatori. Relativamente ai gruppi religiosi, è stata indicata la comunità etico-spirituale Damanhur situata in Piemonte ai piedi della Alpi. Il 41% dei referenti ASL ha indicato la presenza di comunità etniche; la maggior di questi ha riferito un atteggiamento di queste comunità generalmente favorevole e positivo verso le vaccinazioni. Eventuali criticismi sono legati alla difficoltà nel raggiungere questi gruppi o a barriere linguistiche.

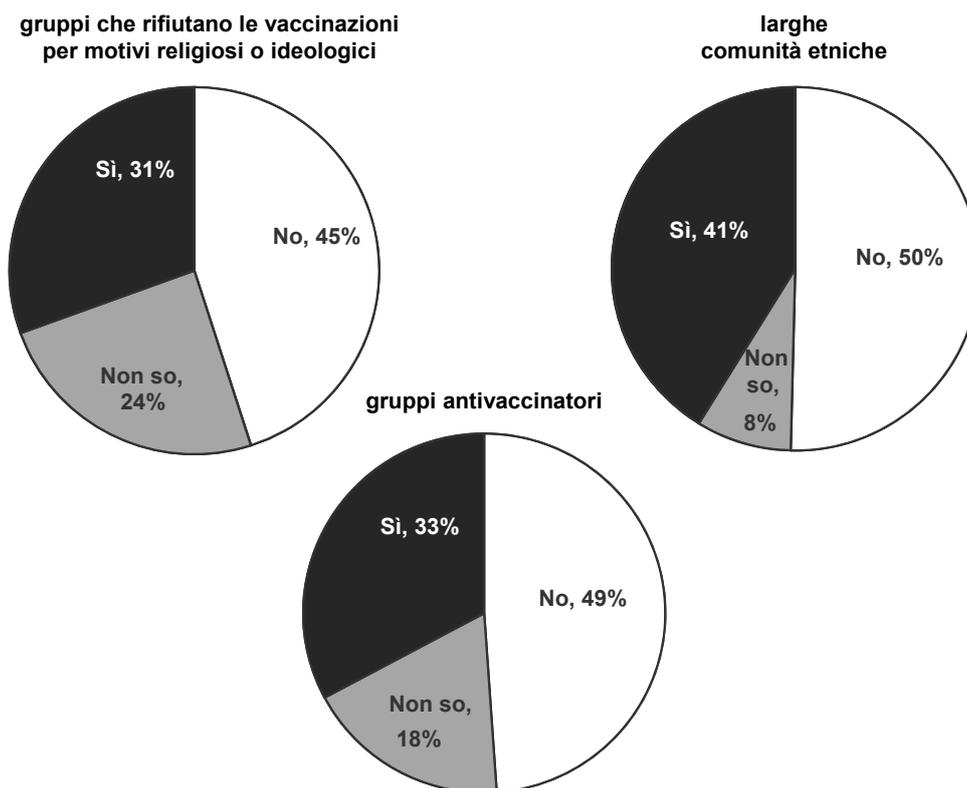


Figura 12. ASL (%) per presenza di gruppi che rifiutano le vaccinazioni per motivi religiosi o ideologici, larghe comunità etniche e gruppi antivaccinatori

Circa il 30% dei referenti ASL ha indicato la presenza di gruppi strutturati o meno di antivaccinatori nei territori di propria competenza. Tra i gruppi più indicati: il Coordinamento del Movimento Italiano per la Libertà di Vaccinazione (COMILVA), il Coordinamento Regionale Veneto per la Libertà delle Vaccinazioni (CORVELVA), con atteggiamento di proselitismo anti vaccinale molto attivo (contatto attivo delle neomamme, incontri con i genitori, supporto per richieste specifiche e stereotipate alle ASL in tema di vaccinazioni).

Ai referenti è stata proposta una lista di fattori ed è stato chiesto loro di indicare se tali fattori hanno influito negativamente sulla copertura vaccinale per l'HPV (molto/abbastanza/poco/per nulla). I fattori che hanno influito "molto/abbastanza" secondo la maggior parte delle ASL sono stati: la scarsa partecipazione agli eventi formativi degli operatori sanitari territoriali (diversi dagli operatori vaccinali), la loro diffidenza verso la vaccinazione contro l'HPV, la diffidenza

della popolazione verso questa vaccinazione e fattori economici (personale insufficiente e risorse economiche limitate), indicati dal 50-60% delle ASL (Figura 15).

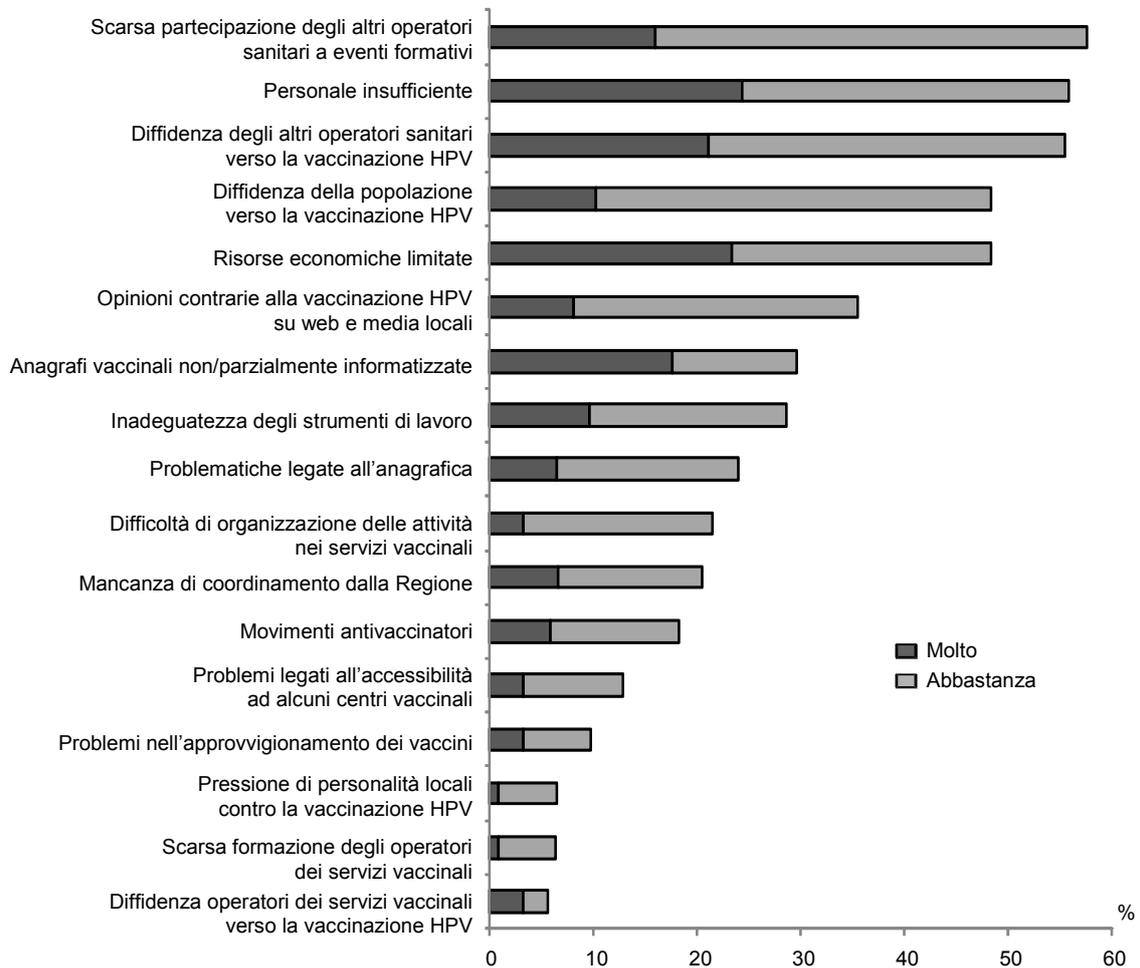


Figura 15. ASL (%) che hanno dichiarato che i fattori proposti hanno influito negativamente sulla copertura vaccinale per l'HPV (n. 129)

Cinquantasei referenti (43%) hanno dichiarato che nella propria ASL sono state pianificate iniziative per migliorare la copertura vaccinale; le aree di azione più menzionate sono:

- organizzazione di incontri formativi/informativi con operatori sanitari abitualmente non impegnati nelle attività vaccinali (medici di base, pediatri, ginecologi);
- implementazione di attività di recupero delle ragazze inadempienti;
- coinvolgimento delle scuole per invitare le ragazze alla vaccinazione, promuovere la vaccinazione, organizzare incontri informativi con adolescenti e genitori;
- riorganizzazione dei servizi vaccinali e delle procedure di invito (intensificazione delle sedute per HPV, introduzione di sedute pomeridiane o giornate dedicate all'HPV, miglioramento del calendario di chiamata, implementazione dell'anagrafe vaccinale).

Determinanti della copertura vaccinale

La copertura vaccinale è il risultato di una sinergia di azioni messe in atto nella stessa ASL. Per tutte le informazioni raccolte attraverso il questionario è stata testata un'eventuale associazione con il raggiungimento di una copertura per tre dosi di vaccino contro l'HPV $\geq 70\%$, l'obiettivo "a breve termine" fissato dal PNPV 2012-2014. L'analisi univariata è stata effettuata utilizzando come *outcome* sia le coperture vaccinali per la coorte 1997 che per la coorte 1998. I risultati sono sovrapponibili; nelle tabelle seguenti sono presentati i risultati per la coorte 1998, la più recente tra quelle studiate.

Dall'analisi univariata è emerso che la probabilità di raggiungere una copertura $\geq 70\%$ è maggiore se le ASL hanno indicato la data dell'appuntamento per la vaccinazione o una linea telefonica per avere informazioni su HPV nella lettera di invito, inviato materiale informativo attraverso la lettera, previsto almeno due solleciti per le inadempienti (Tabella 14).

Tabella 14. Possibili determinanti di una copertura vaccinale superiore al 70%: analisi univariata

Variabile	Modalità	ASL con CV $\geq 70\%$ n. (%)*	OR (IC95%)
Buona pratica vaccinale			
Data di vaccinazione indicata nella lettera di invito	<i>no</i>	5 (26,3)	1
	<i>sì</i>	64 (56,1)	3,58 (1,21-10,6)
Invio materiale informativo attraverso la lettera di invito	<i>no</i>	8 (28,6)	1
	<i>sì</i>	61 (58,1)	3,47 (1,40-8,58)
Linea telefonica per HPV indicata nella lettera di invito	<i>no</i>	8 (30,8)	1
	<i>sì</i>	61 (57,0)	2,98 (1,19-7,46)
Solleciti per le non rispondenti	<i>0-1 sollecito</i>	32 (41,0)	1
	<i>2-3 solleciti</i>	37 (71,2)	3,55 (1,67-7,51)
Attività di comunicazione			
Distribuzione di materiale informativo presso ambulatori ginecologici	<i>no</i>	41 (45,6)	1
	<i>sì</i>	26 (65,0)	2,22 (1,03-4,80)
Utilizzo di giornali e riviste per promuovere la vaccinazione	<i>no</i>	37 (43,5)	1
	<i>sì</i>	31 (67,4)	2,68 (1,26-5,68)
Utilizzo di TV locali per promuovere la vaccinazione	<i>no</i>	44 (44,9)	1
	<i>sì</i>	24 (72,7)	3,27 (1,38-7,76)
Numero strumenti usati per promuovere la vaccinazione	<i>0-3</i>	46 (43,8)	1
	<i>4-6</i>	23 (82,1)	5,9 (2,08-16,7)
Attività dirette agli operatori sanitari			
Organizzazione di corsi e convegni	<i>no/all'avvio ripetuti</i>	23 (40,4)	1
		44 (60,3)	2,24 (1,11-4,55)
Coinvolgimento degli operatori dei servizi vaccinali	<i>0-4 attività</i>	9 (30,0)	1
	<i>5-8 attività</i>	59 (57,8)	3,20 (1,33-7,67)
Coinvolgimento dei ginecologi privati	<i>0-2 attività</i>	59 (47,9)	
	<i>3-8 attività</i>	9 (100)	non calcolabile

CV: copertura vaccinale

Relativamente alle iniziative di comunicazione per promuovere l'offerta vaccinale e attività di formazione, la proporzione di ASL con copertura $\geq 70\%$ è maggiore tra le ASL in cui il materiale informativo è stato distribuito presso gli ambulatori ginecologici, reti televisive e radiofoniche sono state utilizzate per la promozione della vaccinazione, corsi e convegni

dedicati sono stati organizzati in maniera periodica o ripetuta, gli operatori dei servizi vaccinali e i ginecologi sono stati coinvolti in un numero maggior di iniziative. In Tabella 14, per tutti i fattori in cui l'associazione con una copertura vaccinale $\geq 70\%$ è risultata statisticamente significativa, sono riportati gli OR con intervalli di confidenza al 95%.

Tabella 15. Associazione tra criticità riscontrate durante la campagna di vaccinazione per l'HPV e copertura vaccinale: analisi univariata

Variabile	Modalità	ASL con CV < 70% n. (%)	OR (IC95%)	p
Presenza nella ASL di gruppi etnici	<i>no</i>	26 (39,4)	1	0,031
	<i>si</i>	32 (59,3)	2,24 (1,07-4,66)	
Mancanza di coordinamento dalla Regione*	<i>poco/per nulla</i>	39 (40,2)	1	0,002
	<i>abbastanza /molto</i>	19 (76,0)	4,71 (1,73-12,8)	
Insufficienza di personale*	<i>poco/per nulla</i>	19 (33,9)	1	0,032
	<i>abbastanza /molto</i>	43 (60,6)	2,99 (1,44-6,20)	
Diffidenza di altri operatori*	<i>poco/per nulla</i>	22 (38,6)	1	0,032
	<i>abbastanza /molto</i>	41 (57,8)	2,17 (1,07-4,43)	
Diffidenza della popolazione*	<i>poco/per nulla</i>	22 (33,3)	1	0,000
	<i>abbastanza /molto</i>	41 (66,1)	3,90 (1,87-8,13)	
Opinioni contrarie alla vaccinazione su web e media*	<i>poco/per nulla</i>	32 (40,0)	1	0,013
	<i>abbastanza /molto</i>	28 (63,6)	2,63 (1,23-5,61)	

* Quanto, secondo i referenti ASL, questi fattori hanno influito negativamente sull'adesione alla vaccinazione (molto/abbastanza/poco/per nulla)

È inoltre emerso un trend lineare significativo tra la proporzione di ASL con copertura superiore al 70% e: a) il numero di solleciti previsti per le inadempienti e ($p=0,001$) e b) il numero di mezzi informativi usati per promuovere la vaccinazione ($p=0,010$).

In Tabella 15, tra i fattori che hanno influenzato negativamente l'adesione alla vaccinazione contro l'HPV, sono riportati quelli risultati significativamente associati con una bassa copertura vaccinale. La proporzione di ASL con copertura vaccinale $< 70\%$ è maggiore tra le ASL i cui referenti hanno riferito la presenza di gruppi etnici e hanno riportato che l'adesione alla vaccinazione è stata negativamente influenzata dai seguenti fattori: mancanza di coordinamento dalla Regione, insufficienza di personale, diffidenza di operatori diversi dagli operatori dei servizi vaccinali verso la vaccinazione contro l'HPV, diffidenza della popolazione verso questa vaccinazione e opinioni contrarie diffuse su media e web.

Questi risultati dovranno essere confermati da un'analisi multivariata che tenga conto contemporaneamente di tutte le variabili descritte.

Limiti

Questa indagine ha permesso di descrivere le esperienze Regionali e di ASL grazie a un'elevata partecipazione dei referenti.

La maggiore limitazione di questa indagine è rappresentata dal fatto che alcuni aspetti studiati sono difficili o impossibili da quantificare o valutare obiettivamente. Vista l'ampiezza dei temi studiati, non è stato possibile fornire una precisa definizione degli aspetti organizzativi dei servizi vaccinali, degli incontri formativi, delle attività condotte in termini di formazione e divulgazione, né sono state tenute in considerazione le risorse economiche e umane disponibili e impiegate per queste attività. Pertanto non è possibile discriminare tra piccole e grandi iniziative.

Una parte dei dati raccolti, come le criticità incontrate durante la campagna vaccinale o la presenza nel territorio competente di gruppi difficili da raggiungere, sono dipendenti dalla percezione del rispondente, non essendo possibile per esse una quantificazione. È quindi possibile che ogni referente abbia usato una misura diversa per descrivere le proprie difficoltà.

Un altro limite di questa ricerca può essere dovuto alla diversa interpretazione di alcuni termini come "attività di counselling" o come "campagna vaccinale" e di conseguenza a una variabilità nella risposta.

Un ulteriore limite risiede nel fatto che non è stato indagato esaurientemente lo sviluppo di un piano di comunicazione per la vaccinazione contro l'HPV nelle Regioni/PA e nelle ASL partecipanti.

Discussione

Questa indagine ci ha permesso di ottenere una fotografia dettagliata sulle modalità con cui è stata offerta e promossa la vaccinazione contro l'HPV nelle ASL e Regioni/PA italiane e di identificare eventuali azioni associate a una migliore copertura vaccinale.

Nella maggior parte delle realtà, le campagne di vaccinazione contro l'HPV sono state condotte in piena collaborazione tra ASL e Regione o con un prevalente coordinamento regionale. Le Regioni hanno gestito in particolare gli aspetti relativi alla formazione, comunicazione e promozione, mentre gli aspetti organizzativi sono stati demandati alle ASL.

In tutte le Regioni e ASL sono state effettuate attività di sensibilizzazione, comunicazione e formazione degli operatori sanitari, sebbene con caratteristiche diverse e un grado diverso di coinvolgimento delle varie figure professionali. Emerge chiaramente, sia dall'indagine regionale che locale, che gli operatori dei servizi vaccinali sono stati ampiamente coinvolti in tutte le attività, mentre le altre figure professionali non sono state coinvolte in maniera massiva. In linea generale possiamo dire che i pediatri di libera scelta sono stati coinvolti nelle attività di sensibilizzazione e formazione nel 70-80% delle ASL; gli operatori dei consultori, i medici di base, i pediatri e i ginecologi ambulatoriali e ospedalieri nel 50-70% delle ASL; gli operatori dei servizi per lo screening del cervicocarcinoma nel 40% delle ASL; i professionisti privati nel 10-15% delle ASL.

In un'organizzazione in cui il servizio vaccinale risulta spesso essere il punto di arrivo di un processo decisionale relativo alle vaccinazioni, coinvolgere gli altri professionisti del territorio è cruciale. Molti studi italiani e internazionali (sia in tema di vaccinazione contro l'HPV che di vaccinazioni in generale) hanno evidenziato il peso rilevante dell'opinione di un medico di fiducia sulla decisione di accettare o meno una vaccinazione (6-10). Il pediatra è il professionista più coinvolto e rappresenta il punto di congiunzione tra il ragazzo e il servizio vaccinale. Anche il ginecologo può rappresentare un punto di riferimento importante. Essendo la vaccinazione offerta gratuitamente alle dodicenni, la famiglia è pienamente coinvolta nel processo decisionale; la mamma della ragazza potrebbe vedere nel proprio ginecologo un consulente importante per la scelta di una vaccinazione contro una malattia a trasmissione sessuale responsabile del tumore della cervice uterina. Inoltre in molte Regioni l'offerta gratuita

e attiva della vaccinazione è stata estesa a ragazze più grandi, che potrebbero trovare nel ginecologo un prezioso referente. Il coinvolgimento di pediatri e ginecologi privati è risultato marginale; se nella maggior parte dei casi le famiglie si rivolgono al pediatra di libera scelta del sistema sanitario nazionale piuttosto che a un pediatra privato, lo stesso non si può dire per il ginecologo perché la proporzione di donne che si rivolge a un ginecologo privato piuttosto che al consultorio o altri servizi ginecologici ambulatoriali nell'ambito del SSN è elevata. Anche i servizi di screening sono stati coinvolti marginalmente; un'integrazione delle indicazioni per la prevenzione secondaria con quelle della prevenzione primaria del cervicocarcinoma sarebbe invece auspicabile.

La scarsa partecipazione agli eventi formativi dei sanitari non abitualmente coinvolti nelle vaccinazioni (medici di base, pediatri e ginecologi), la loro diffidenza verso la vaccinazione contro l'HPV e la diffidenza della popolazione verso questa vaccinazione sono state menzionate come criticità da oltre metà delle ASL e delle Regioni. È plausibile che la diffidenza verso questa vaccinazione dimostrata dagli operatori sanitari possa tradursi in diffidenza verso la vaccinazione da parte della popolazione che si avvicina con timore e sospetto verso una nuova opportunità di prevenzione.

La sinergia tra diversi operatori sanitari e il loro ruolo attivo nell'offerta della vaccinazione sono indispensabili per ottenere una buona compliance della popolazione verso un intervento di prevenzione, incluse le vaccinazioni. La condivisione di un messaggio unico e coerente tra diversi stakeholder, dato e ricevuto su più fronti, è essenziale, soprattutto per una vaccinazione come quella contro l'HPV che ricade nell'area di diverse discipline e vede interagire diverse figure professionali. Il papillomavirus è un'infezione a trasmissione sessuale che potrebbe nell'arco di decenni provocare il tumore della cervice uterina; la vaccinazione viene offerta alle dodicenni prima dell'avvio dell'attività sessuale, garantendo una maggiore efficacia del vaccino; il messaggio da comunicare riguarda due tematiche sensibili come il sesso e il cancro; il destinatario del messaggio è duplice, adolescenti e genitori. Pertanto è evidente che operatori dei servizi vaccinali, pediatri, ginecologi, operatori dei consultori, dei servizi di screening, medici di base possono essere coinvolti, più o meno di routine, nell'offerta o nella scelta relativa a questa vaccinazione.

In vista di un network tra professionisti che lavorano per lo stesso obiettivo, la sensibilizzazione e formazione con un linguaggio comune di tutti gli operatori menzionati sono indispensabili per fornire alle famiglie elementi coerenti per prendere una decisione consapevole.

Dati di aggiornamento su HPV e carcinoma della cervice uterina, sulle attività condotte e sulle coperture vaccinali raggiunte vengono divulgati periodicamente agli operatori dei servizi vaccinali nella quasi totalità delle ASL; le altre figure professionali non sono generalmente target di queste attività. Nell'ambito di una collaborazione estesa tra operatori e servizi, anche il ritorno delle informazioni a tutti gli operatori è necessario per mantenere viva la rete e favorire la condivisione di informazioni.

In circa la metà di Regioni e ASL, le attività legate all'offerta vaccinale rivolte a operatori e popolazione sono state effettuate solo all'avvio della campagna e non sono state ripetute successivamente. L'organizzazione di corsi e convegni in maniera periodica o ripetuta è risultata essere significativamente associata con una copertura superiore al 70%.

Attività di comunicazione e promozione della vaccinazione sono state effettuate in tutte le ASL e Regioni, sebbene non in tutte sia stata pianificata una vera e propria campagna di comunicazione e informazione. Nella maggior parte di Regioni e ASL, le attività di promozione e comunicazione sono state rivolte sia agli operatori sanitari che alla popolazione e sono stati utilizzati molteplici mezzi per promuovere l'offerta vaccinale. Lo strumento più utilizzato resta il materiale informativo cartaceo. Nella metà delle Regioni e nel 60% delle ASL rispondenti il

materiale è stato distribuito solo in ambienti sanitari, prevalentemente nei servizi vaccinali, negli studi dei pediatri e nei consultori; gli ambulatori dei medici di base e dei ginecologi sono, invece, stati coinvolti in misura minore (nel 56 e 31% delle ASL rispettivamente). Questo conferma il coinvolgimento marginale nella campagna degli operatori sanitari che non si occupano abitualmente di vaccinazioni. Dai risultati dell'analisi una variata sembra, invece, che la distribuzione del materiale informativo presso gli ambulatori ginecologici e il coinvolgimento dei ginecologi privati siano significativamente associati al raggiungimento di una copertura superiore al 70%. L'utilizzo di TV e riviste è risultato tra i fattori significativamente associati ad una copertura vaccinale più alta. I media locali (giornali, tv e radio) sono stati utilizzati da meno del 50% di Regioni e ASL; presumibilmente le ragioni sono di natura economica, avendo l'acquisto di spazi su giornali, radio e tv un costo notevolmente più elevato della stampa di materiale informativo. Il materiale è stato distribuito nelle scuole nel 36% delle ASL.

A completamento di questa indagine, il progetto VALORE ha condotto un'attività focalizzata sugli strumenti utilizzati nella campagna di promozione della vaccinazione contro l'HPV nelle Regioni/PA e ASL. Ai referenti di ASL e Regioni/PA è stato chiesto di inviare il materiale utilizzato, con una descrizione dettagliata dello stesso in termini di target, distribuzione, tipologia (si rimanda al capitolo "Gli strumenti di comunicazione sulla vaccinazione contro l'HPV realizzati in Regioni/PA e ASL" di questo rapporto).

Sulla base di una revisione sistematica della letteratura, una task force statunitense di esperti in sanità pubblica e prevenzione (*Community Preventive Services Task Force*) nominata ogni 5 anni dai *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) di Atlanta ha identificato una serie di azioni di comprovata efficacia per aumentare le coperture vaccinali (11).

Oltre alla gratuità delle vaccinazioni e la riduzione delle spese dirette, le azioni che aumentano la richiesta di vaccinazioni da parte della popolazione e l'accesso ai servizi vaccinali includono:

- a) chiamata attiva alla vaccinazione (via telefono, lettera o cartolina) (*fortemente raccomandata*)
- b) sollecito a chi non si presenta all'appuntamento (*fortemente raccomandata*)
- c) programmi di educazione della popolazione target associati ad almeno un altro intervento (es. chiamata attiva, formazione degli operatori, sistemi di promemoria per gli operatori, ampliamento dell'accesso ai servizi vaccinali) (*fortemente raccomandata*)
- d) ampliamento dell'accesso alle strutture sanitarie se associato ad altri interventi (*fortemente raccomandata*)
- e) campagne vaccinali nelle scuole (*raccomandata*)
- f) visite a domicilio (azione da indirizzare soprattutto alle popolazioni difficili da raggiungere) (*raccomandata*)

Le azioni rivolte agli operatori sanitari includono:

- a) sistemi di promemoria per gli operatori sanitari (*fortemente raccomandata*)
- b) valutazione dell'operatore e feedback sulla valutazione (*fortemente raccomandata*)
- c) protocolli operativi per i professionisti sanitari medici e non medici (*fortemente raccomandata per gli adulti*).

In tutte le ASL rispondenti viene effettuata la chiamata attiva (che costituisce uno degli interventi maggiormente efficaci per aumentare le coperture vaccinali), attraverso lettera nominativa. Nella maggior parte dei servizi vaccinali delle ASL le sedute per la vaccinazione contro l'HPV sono organizzate per appuntamento con data pre-assegnata dalla ASL (e modificabile) e sono previste sedute pomeridiane. Nella nostra indagine l'indicazione della data dell'appuntamento o di una linea telefonica informativa nella lettera di invito, l'invio di

materiale informativo con l'invito, il sollecito attivo delle inadempienti sono risultate associate con una migliore copertura vaccinale. La maggior parte delle ASL effettua queste buone pratiche che, pertanto, dovrebbero essere estese a tutte le ASL che non le hanno ancora adottate. Ancora nel 20% dei casi non viene indicato nella lettera un numero telefonico da consultare prontamente per avere informazioni dopo aver ricevuto l'invito.

Nel 26% delle ASL non sono presenti procedure per rintracciare le ragazze risultate irreperibili dopo il primo invio. Lo sviluppo di un'anagrafe vaccinale collegata alle anagrafi di popolazione (presente, per la vaccinazione contro l'HPV, solo nel 67% delle ASL) permetterebbe l'aggiornamento dei dati anagrafici degli archivi vaccinali. L'informatizzazione delle anagrafi vaccinali rappresenta uno degli obiettivi del PNPV 2012-2014.

Come sopra menzionato, programmi di educazione della popolazione target, associati alla chiamata attiva, sono fortemente raccomandati per aumentare le coperture vaccinali. Dall'indagine emerge che soltanto nel 34% delle ASL sono stati effettuati incontri informativi con le dodicenni e le famiglie sulla vaccinazione contro l'HPV, generalmente nelle scuole. Le scuole sono state coinvolte solo nel 48% delle ASL, per attività diverse (prevalentemente invio di una lettera informativa o di invito alla vaccinazione, distribuzione materiale informativo, incontri con esperti). Nelle ASL che hanno coinvolto le scuole, è stato difficile prendere accordi con tutte le scuole del territorio competente della ASL; infatti solo nel 25% delle ASL che hanno dichiarato di aver coinvolto le scuole, sono state coinvolte oltre il 70% delle scuole medie del territorio competente. Incentivare una collaborazione con le scuole per incontri di educazione sanitaria rivolti ad adolescenti e genitori potrebbe essere importante per accrescere la consapevolezza su HPV e vaccinazione tra ragazze e famiglie e, in combinazione con le altre buone pratiche vaccinali, aumentare la compliance a questa vaccinazione. La task force americana per migliorare le coperture vaccinali raccomanda l'implementazione di campagne vaccinali nelle scuole ed esperienze americane e australiane (8,12,13) hanno mostrato un impatto positivo dell'offerta della vaccinazione attraverso le scuole sull'accettazione della vaccinazione contro l'HPV. In Italia giornate nelle scuole dedicate alla vaccinazione contro l'HPV sono state organizzate in 10 ASL; promuovere le campagne di vaccinazione nelle scuole potrebbe essere utile, anche se ciò comporta una riorganizzazione delle risorse e dei servizi vaccinali non fattibile in tutte le realtà.

Conclusioni

Dalla panoramica ottenuta attraverso questa indagine risulta che in gran parte delle ASL sia stata messa in atto una combinazione di interventi di comprovata efficacia (offerta attiva gratuita, sollecito delle non rispondenti, incontri formativi, giornate di vaccinazioni nelle scuole, invio di materiale comunicativo insieme all'invito), in concomitanza con una serie di iniziative di promozione e comunicazione rivolte alla popolazione e di attività di formazione degli operatori. Nonostante tutto, le coperture vaccinali per HPV non sono ottimali in tutte le ASL. Per migliorare l'adesione alla vaccinazione contro l'HPV, come a tutte le altre vaccinazioni, è importante lavorare su più fronti. L'indagine ci ha permesso di identificare alcune azioni da promuovere con l'obiettivo ultimo di migliorare le coperture vaccinali, riassunte di seguito.

Rete di operatori sanitari intorno alle vaccinazioni

Sviluppo di una rete tra servizi vaccinali e operatori sanitari del territorio per la promozione delle vaccinazioni che preveda:

- potenziamento del ruolo dei servizi vaccinali come punto di riferimento per le vaccinazioni, sia per la popolazione che per gli altri operatori sanitari del territorio;
- riorganizzazione delle procedure operative dei servizi vaccinali affinché sia garantita un'offerta attiva delle vaccinazioni con appropriate modalità di counselling;
- coinvolgimento degli operatori non coinvolti abitualmente nelle vaccinazioni (pediatri, ginecologi, medici di base, consultori, servizi screening) sia nelle attività di formazione, di promozione che di ritorno dell'informazione;
- invio agli operatori sanitari della rete di materiale formativo/informativo, aggiornamenti su coperture vaccinali e attività, remainder periodici per promuovere le appropriate vaccinazioni degli assistiti;
- ruolo attivo degli operatori sanitari del territorio, inclusi pediatri, medici di base e ginecologici, la cui attività è cruciale nella comunicazione interpersonale con le famiglie e le ragazze per attuare un processo decisionale consapevole;
- concertazione e condivisione del messaggio e degli obiettivi della comunicazione.

Buone pratiche vaccinali

Nella maggior parte delle ASL, in concomitanza con la chiamata attiva, diverse iniziative sono state messe in atto per promuovere la vaccinazione contro l'HPV. Si considera importante promuovere queste pratiche nelle ASL che non le hanno adottate:

- sollecito attivo delle ragazze inadempienti
- indicazione nella lettera di invito della data (modificabile su richiesta) della seduta vaccinale presso il servizio vaccinale
- indicazione di una linea telefonica nella lettera di invito
- invio di materiale informativo attraverso la lettera di invito
- introduzione di procedure di verifica degli indirizzi delle irreperibili
- implementazione dell'anagrafe vaccinale collegata con l'anagrafe di popolazione
- organizzazione di incontri con le ragazze e/o le famiglie per la promozione della vaccinazione nelle scuole
- organizzazione di giornate di vaccinazione nelle scuole.

STRUMENTI DI COMUNICAZIONE SULLA VACCINAZIONE CONTRO L'HPV REALIZZATI IN REGIONI/PA E ASL

Introduzione

A fronte dell'offerta gratuita della vaccinazione contro l'HPV alle ragazze nel dodicesimo anno di vita su tutto il territorio nazionale, le regioni e le ASL hanno avviato iniziative di comunicazione per informare la popolazione generale e i gruppi più direttamente interessati con l'obiettivo di promuovere l'adesione alla vaccinazione.

Le prime due coorti di nascita a cui è stata offerta la vaccinazione contro l'HPV negli anni 2008-2010 sono state quelle del 1997 e del 1998.

Nel periodo marzo-settembre 2012, nell'ambito del progetto VALORE il CNESPS dell'ISS ha condotto una ricognizione del materiale informativo realizzato a livello regionale, di Provincia Autonoma e di ASL a supporto delle campagne di vaccinazione per l'HPV.

A tal fine, è stato richiesto alla rete di referenti regionali e aziendali di inviare copia del materiale prodotto con annessa una tabella riepilogativa.

Metodi

Scheda di analisi

Gli strumenti di comunicazione pervenuti sono stati analizzati attraverso una griglia composta da diversi item raggruppati in 5 categorie:

1. *Informazioni generali sullo strumento di comunicazione*
 - realizzazione dello strumento (a livello regionale/aziendale);
 - tipologia dello strumento (opuscolo, pieghevole, locandina, poster, lettera, video, comunicato stampa/Internet, memorandum, totem, presentazioni in PowerPoint, articolo di giornale/rassegna stampa).
2. *Obiettivi e target dello strumento di comunicazione.*
3. *Caratteristiche dei messaggi utilizzati negli strumenti di comunicazione*
 - presenza della fonte delle informazioni;
 - comprensibilità e completezza dei contenuti;
 - lunghezza del testo e delle frasi;
 - organizzazione in paragrafi e sotto-paragrafi;
 - presenza di elenchi puntati e numerati riepilogativi dei concetti chiave;
 - presenza di termini tecnici, sigle, abbreviazioni, parole superflue, straniere e ridondanza di aggettivi;
 - stili linguistici (paternalistico, informativo, rassicurante, appello alla paura, ironico).
4. *Identità e testimonial*
 - presenza di slogan, frasi, nomi e/o personaggi contraddistintivi della campagna di comunicazione.

5. *Grafica e immagini:*

- font utilizzato;
- presenza di immagini (foto/animazioni);
- relazione tra le immagini e i contenuti ;
- presenza di loghi e recapiti (14-16).

Adesione alla ricognizione degli strumenti di comunicazione

Presso il CNESPS dell'ISS, è stato raccolto un totale di 149 strumenti di comunicazione inviati dalle regioni e dalle ASL (Tabella 16). La classificazione degli strumenti raccolti e la loro analisi hanno permesso di identificare le diverse iniziative di comunicazione realizzate localmente, rivolte a specifici gruppi della popolazione, agli operatori sanitari e ad altri soggetti delle comunità, considerati stakeholder-chiave, nonché di approfondire alcuni aspetti essenziali, quali ad esempio: la tipologia, gli obiettivi, i target, le caratteristiche del messaggio, dello stile grafico e delle immagini.

Tabella 16. Strumenti di comunicazione per la promozione della vaccinazione contro l'HPV per Regioni/PA e ASL di provenienza (n. 149)

Regione	Invio da parte della Regione di strumenti di comunicazione	ASL che hanno inviato strumenti di comunicazione	Strumenti di comunicazione	
			n.	%
Abruzzo	No	2	4	2,7
Calabria	No	3	21	14,1
Campania	No	2	6	4
Emilia-Romagna	Si	2	10	6,7
Lazio	No	3	9	6
Lombardia	Si	0	2	1,3
Marche	Si	7	25	16,8
Molise	Si	0	5	3,4
PA di Bolzano	Si	0	1	0,7
Piemonte	Si	6	12	8,1
Puglia	No	1	2	1,3
Sicilia	No	2	4	2,7
Toscana	Si	3	35	23,5
Valle d'Aosta	Si	0	3	2
Veneto	Si	4	10	6,7
Totale	9	35	149	100

Al fine di favorire lo scambio e la condivisione dei materiali raccolti, all'interno della pagina appositamente dedicata al progetto VALORE nel sito web EpiCentro, sono stati pubblicati gli strumenti comunicativi per i quali è stato rilasciato il consenso alla pubblicazione.

Provenienza degli strumenti di comunicazione

Per il livello regionale o provinciale, 34 strumenti di comunicazione sono stati inviati da 8 Regioni (Emilia-Romagna, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Toscana, Valle d'Aosta,

Veneto) e 1 dalla PA di Bolzano; 114 sono invece relativi al livello aziendale (35 ASL di 11 realtà regionali differenti: Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Veneto)¹.

Realizzazione degli strumenti di comunicazione

Tra gli strumenti di comunicazione inviati dal livello regionale o equivalente, 27 sono stati elaborati all'interno della Regione e 1 nel dettaglio da una Provincia Autonoma, 7 invece sono stati prodotti con partecipazione di privati che a diverso titolo operano nell'ambito della vaccinazione contro l'HPV. Per quanto riguarda il livello aziendale: tra gli strumenti inviati da ASL, 73 sono stati elaborati dalle aziende stesse, 15 sono stati realizzati dal livello regionale, 4 infine con partecipazione privata. Si rilevano inoltre 22 strumenti segnalati più volte nella stessa veste da fonti diverse (di entità sia regionale sia aziendale) e considerati quindi una sola volta ai fini dell'analisi.

Risultati dell'analisi degli strumenti di comunicazione

Tipologie

Pur se di diverse tipologie, gli strumenti realizzati afferiscono comunque alla modalità di comunicazione unidirezionale (Tabella 17).

Tabella 17. Strumenti di comunicazione (n. e %) usati per la promozione della vaccinazione contro l'HPV in Regioni, PA e ASL per tipologia (n. 149)

Tipologia di strumento di comunicazione	n.	%
Lettera	40	26,9
Pieghevole	35	23,5
Locandina	31	20,8
Comunicato stampa o internet	13	8,7
Memorandum, presentazioni in PowerPoint e totem	8	5,4
Booklet	6	4
Articolo di giornale	16	10,7
Totale	149	100

La categoria "Articolo di giornale" non è stata presa in considerazione per tutte le variabili incluse in sede di analisi in quanto, pur se di fondamentale importanza per diffondere informazioni e conoscenze alla popolazione generale, presenta proprietà, sia di contenuto sia grafiche, che sono tipiche della comunicazione massmediatica in generale e giornalistica in particolare, oltre a quelle connesse alla testata di pubblicazione.

Per quanto concerne le caratteristiche generali del messaggio, i testi passati in rassegna indicano sempre la fonte e sono suddivisi in paragrafi, quasi mai, però, presentano elenchi puntati ricapitolativi dei concetti chiave espressi e una ripetizione sintetica degli elementi più

¹ Le Regioni/PA monoASL sono state considerate come solo livello regionale.

importanti anche alla fine del testo. La lunghezza delle frasi e stringhe di testo solo in pochi casi eccede la quantità considerata ottimale².

La grande maggioranza degli strumenti comunicativi pervenuti appartiene a tre macrocategorie principali: lettere, pieghevoli e locandine. Mentre le prime sono una classica forma di comunicazione personalizzata rivolta al singolo (*one-to-one*), le altre due possono essere indirizzate a una pluralità indifferenziata di soggetti (*one-to-many*).

Le *lettere* sembrano essere uno strumento largamente utilizzato per invitare o sollecitare alla vaccinazione (28), per fornire informazioni su quest'ultima e sul virus HPV (10) e per promuovere incontri di formazione tra gli addetti ai lavori (2). Nel primo caso, tutte le lettere analizzate sono destinate ai genitori delle ragazze che rappresentano un target di riferimento fondamentale della vaccinazione. Le lettere d'informativa, invece, sono rivolte ai genitori (2), alle figure operanti nell'ambito sanitario (6) e scolastico (2).

I *pieghevoli*, composti generalmente da due o tre facciate fronte-retro, hanno la finalità di dare informazioni sulla vaccinazione e sul virus (26), nonché promuovere corsi di formazione ed eventi sulle tematiche in oggetto (6). Solo in un caso hanno l'obiettivo di informare i destinatari relativamente all'avvio della campagna di vaccinazione. Rivolti principalmente al target femminile adulto o in fase pre-adolescenziale (19), i pieghevoli sono indirizzati anche ai genitori (4), agli MMG/pediatri di libera scelta e altri operatori del settore sanitario (6) e alla popolazione generale (3). Uno dei pieghevoli pervenuti non è stato analizzato in quanto riferito al piano vaccinale generale e quindi contenente l'indicazione anche per la vaccinazione sull'HPV.

Tra gli strumenti di comunicazione pervenuti in numero maggiore si ritrovano anche le *locandine* (31) che sono state utilizzate soprattutto per veicolare informazioni relative al Papillomavirus e alla vaccinazione (26). Rivolte in particolare al target femminile, sia pre-adolescenziale che adulto, alle famiglie e alla popolazione generale, solo 5 hanno la finalità di promuovere e pubblicizzare incontri di formazione per MMG, pediatri di libera scelta e altri operatori sanitari interessati all'argomento.

Tra le tipologie di strumenti analizzati, si segnalano anche i *booklet* (una sorta di manuale di piccole dimensioni composto da una decina di facciate o più) perlopiù destinati alle donne e alle ragazze. Solo in un caso il target di riferimento è la popolazione generale. Nel complesso, i booklet si prefiggono obiettivi conoscitivi, di approfondimento, in materia di vaccinazione e Papillomavirus.

Obiettivi comunicativi

Indipendentemente dalla tipologia, gli strumenti pervenuti si prefiggono quattro obiettivi comunicativi principali, tre dei quali attengono all'area informativa e uno corrisponde al fine pratico di invito (Tabella 18).

È importante sottolineare che negli strumenti in cui si è fatto ricorso ad un eccesso informazioni, lo stile del messaggio ha assunto le caratteristiche di appello alla paura (si veda la trattazione dettagliata all'interno del paragrafo sull'analisi dello stile linguistico).

² I valori soglia di riferimento sono: più di tre righe per le frasi contenute nelle lettere, più di 50 caratteri in una stessa stringa di testo per i materiali informativi.

Tabella 18. Strumenti (n. e %) di promozione della vaccinazione contro l'HPV per obiettivo comunicativo (n. 123)

Obiettivo comunicativo	n.	%
Informare su		
Vaccinazione e HPV	48	39
Avvio di campagne vaccinali	24	19,5
Corsi di formazione ed eventi	15	12,2
Invitare a		
Vaccinazione	36	29,3
Totale*	123	100

* Il denominatore include 123 strumenti di comunicazione poiché dall'analisi testuale complessiva sono stati espunti gli articoli di giornale (n. 16), inoltre l'analisi degli obiettivi comunicativi non è stata applicata ad alcuni strumenti per i seguenti motivi: 7 erano memorandum, 1 focalizzava l'attenzione su vaccinazione in generale e non specifica contro l'HPV, 1 descriveva il progetto VALORE e 1 file era danneggiato.

Gli strumenti finalizzati alla diffusione di informazioni generali sull'HPV e sulla vaccinazione mettono in evidenza, tra le altre cose, l'associazione tra il virus e la comparsa del cancro al collo dell'utero, le modalità di trasmissione e le possibili soluzioni per evitare di contrarre l'infezione e, dunque, prevenirla. Gli strumenti che forniscono informazioni generali sull'HPV, descrivono in modo più o meno esteso cosa è, suggeriscono soluzioni possibili al problema, rispondono ai dubbi e alle perplessità del target. Una sorta di criticità viene rilevata per la comunicazione delle modalità di trasmissione dell'HPV, si registra una sorta di ritrosia diffusa a esplicitare la connessione ai rapporti sessuali e a dichiarare espressamente il nesso di causalità che individua nei secondi la fonte di contagio. Infatti, questa connessione è esplicitata in neanche la metà degli strumenti dedicati all'HPV.

Gli strumenti dedicati alla promozione della vaccinazione forniscono informazioni generali sulla vaccinazione stessa, ossia descrivono cosa è e a cosa serve. In essi vengono spiegate, il più delle volte con una terminologia tecnica, poco adatta al target, le modalità di somministrazione: un'iniezione intramuscolare nella regione del deltoide praticata in tre dosi somministrate a distanza di due e quattro mesi dalla prima (per il vaccino quadrivalente). I destinatari dell'offerta vaccinale (relativamente a sesso ed età) sono quasi sempre esplicitati. Sono riportate indicazioni pratiche relative alla vaccinazione, quali i luoghi e i tempi in cui eseguirla. Il tema delle reazioni avverse viene affrontato in modo dettagliato solo in circa un terzo degli strumenti. In alcuni casi le reazioni avverse vengono descritte con il fine di rassicurare il destinatario mettendo in evidenza quanto esse siano poco frequenti e, soprattutto, di lieve entità (rossore, lieve gonfiore, febbre, ecc.). Non in tutti gli strumenti sono segnalati i Servizi di riferimento ai quali rivolgersi per effettuare il vaccino e orientare così il target di riferimento.

Molta attenzione viene dedicata ai dubbi del target di riferimento nel tentativo di rispondere a domande inerenti aspetti anche molto differenti tra loro. Tra le domande le più frequenti riguardano la sicurezza e l'efficacia del vaccino (soprattutto in alcune età e fasi della vita), la durata, la gratuità per le fasce target, la non dannosità, le reazioni avverse, nonché la necessità di affiancare alla vaccinazione altri strumenti di prevenzione del cervicocarcinoma, quali ad esempio il pap-test.

Pur se in una minoranza di casi, con una linea editoriale omogenea seguita all'interno di uno stesso ambito territoriale (ASL differenti di una stessa Regione), sono fornite indicazioni sulla possibilità di vaccinare non solo le pre-adolescenti, ma anche i ragazzi e le donne in età adulta. Coerentemente a ciò viene comunque sottolineato che il vaccino ha una maggiore efficacia in fase pre-adolescenziale e prima dell'avvio di rapporti sessuali.

Come indicato in Tabella 18, 24 strumenti riguardano la comunicazione dell'avvio della campagna vaccinale nel territorio di competenza: si tratta di contenuti veicolati soprattutto tramite comunicati stampa/internet della ASL e quindi rivolti in modo aspecifico agli assistiti, e anche locandine/poster e lettere che invece sono indirizzati sia a target della popolazione (donne, ragazze, genitori) sia a gruppi di settore (sanitario, scolastico).

Sempre in riferimento alla Tabella 18, 15 strumenti sono stati dedicati alla promozione di momenti di formazione, quali convegni od occasioni analoghe di incontro. In tutti i casi essi (perlopiù nella forma di brochure) rispondono in modo esaustivo al fornire informazioni relativamente a chi organizza, quali sono gli obiettivi e i target identificati, nonché i luoghi e i tempi di realizzazione. Gli strumenti interessati da questa funzione sono riconducibili principalmente a pieghevoli, locandine, poster; ci sono anche 2 comunicati e 2 lettere di promozione.

Diversamente dagli strumenti raggruppati sotto il cappello dell'informativa, 36 sono dedicati alla chiamata attiva alla vaccinazione contro l'HPV: si tratta principalmente di lettere ai genitori delle ragazze appartenenti alle coorti cui viene offerto il vaccino, come anche locandine e poster per far sì che si possa sopperire almeno in parte a problemi di indirizzari postali inefficienti e/o non aggiornati.

Target

La scelta dei target a cui rivolgere il messaggio è fortemente connotata alla tipologia di strumento e all'obiettivo prefissato, ad esempio le lettere d'invito sono indirizzate maggiormente ai genitori. In assoluto, i genitori sono il target della maggior parte degli strumenti di comunicazione analizzati (Tabella 19) e la popolazione generale rimane comunque residuale rispetto a suoi sottogruppi specifici, in 50 casi infatti i destinatari sono le donne o le pre-adolescenti/adolescenti. Tra gli strumenti destinati alla comunicazione in contesti specifici prevalgono quelli indirizzati a professionisti sanitari, mentre una piccolissima quota è pensata per il contesto scolastico. In 26 casi, l'associazione dello strumento a un determinato target non è stata applicata.

Tabella 19. Strumenti (n. e %) di comunicazione per la promozione della vaccinazione contro l'HPV (n. 149) per target ai quali sono stati rivolti

Target	n.	%
Genitori	35	28,5
Donne	29	23,5
Pre-adolescenti/adolescenti	21	17,1
MMG/pediatr di libera scelta	20	16,3
Popolazione generale	15	12,2
Scuola	3	2,4
Totale	149	100

L'associazione tra il target principale, pre-adolescenti/adolescenti e lo strumento di comunicazione scelto risulta abbastanza carente, in quanto le caratteristiche del target giovanile fanno sì che sia decisamente più appropriata una tipologia comunicativa in linea con le esigenze di questa fascia di età, oramai poco sensibile a mezzi comunicativi tradizionali, come quelli cartacei.

Stile del messaggio

Dalla disamina di tutti i materiali emerge, anche in quelli pensati per target non di settore (popolazione generale o sottogruppi specifici), un elevato ricorso sia a termini tecnici, per i quali il più delle volte non viene fornita una spiegazione, sia a sigle, in forma prevalentemente di acronimi, che sono sciolte solo una volta su tre. In circa la metà dei testi analizzati le parole o frasi chiave sono messe in evidenza con sottolineature o caratteri in grassetto; non si rileva invece un utilizzo massiccio di parole superflue così come di termini stranieri, riconducibili in massima parte a “screening” e ad altri termini presenti molto raramente (*co-payment, health technology assessment*).

L'appartenenza degli strumenti di comunicazione esaminati a un determinato stile linguistico è stata assegnata/inferita sulla base della classificazione operata da Gadotti nell'ambito della comunicazione sociale, riportata in maniera più dettagliata nel capitolo dedicato alla comunicazione. Come già evidenziato, è opportuno ribadire che a prescindere dalle caratteristiche dei singoli stili, la scelta del linguaggio più appropriato per comunicare temi di salute dovrebbe tener conto del target, della tipologia del tema affrontato, degli obiettivi prefissati e del taglio che si intende dare alla comunicazione.

Lo stile adottato in misura decisamente maggiore dagli strumenti di comunicazione analizzati è quello di tipo informativo, ossia il messaggio propone ai destinatari una descrizione degli aspetti legati a un determinato comportamento attraverso argomentazioni di tipo razionale e senza far ricorso al senso di colpa.

In alcuni casi, però, a fronte di una sovrabbondanza di elementi, sul fine informativo, prevale l'appello alla paura, infatti, lo stile di 20 strumenti di comunicazione richiama il *fear arousing appeal*, vale a dire quella tipologia di messaggio volta a suscitare timore o paura nel destinatario facendo percepire un senso di vulnerabilità, per indurlo a modificare i comportamenti dannosi (17).

Solo 6, infine, sono le volte in cui si ravvisa un'accezione paternalistica del messaggio, una tecnica che mira principalmente a responsabilizzare i destinatari facendo leva da una parte sulla loro coscienza, suscitando sensi di colpa, e dall'altra al senso del dovere, facendo assumere alla comunicazione la forma di una raccomandazione perentoria.

Non compaiono invece mai due dei cinque stili linguistici presi in considerazione secondo la classificazione considerata: il tono rassicurante, secondo cui il tema di salute viene descritto in modo delicato suggerendo possibili soluzioni attraverso l'azione dei singoli e il linguaggio ironico o umoristico, che passa per il coinvolgimento emotivo del destinatario e, a differenza del *fear arousing appeal*, agisce evocando un sottile e sottinteso confronto di opposti (18,19). Negli strumenti di comunicazione passati in rassegna, non viene neanche utilizzato il ricorso a un *testimonial*.

L'identità (nella forma di *claim* o di *slogan* contraddistinguenti la campagna di comunicazione) è presente in meno della metà dei materiali esaminati.

Le immagini sono a corredo della maggior parte dei testi: si tratta perlopiù di foto, di cui, però, non si fa un uso sempre appropriato in quanto non vanno a rafforzare il contenuto espresso verbalmente in modo significativo. È da sottolineare come in molti casi sono stati realizzati dei set integrati di strumenti comunicativi (ad esempio costituiti da: locandina, opuscolo, poster) che utilizzano la stessa identità e il gruppo di immagini che ben favoriscono il ricordo della campagna e dei suoi contenuti. In tal caso, si tratta prevalentemente di strumenti coordinati a livello regionale o forniti con l'ausilio di privati.

Per quanto riguarda il tipo di caratteri utilizzati, si evidenzia un discreto livello di leggibilità e di contestualizzazione dei contenuti.

I loghi dell'ente promotore dello strumento di comunicazione sono presenti nella quasi totalità dei casi (fanno eccezione solo 7).

Mentre il più delle volte manca il recapito utile di chi ha prodotto il materiale, viene invece fornito il contatto a cui rivolgersi per informazioni utili.

Discussione e conclusioni

La raccolta del materiale comunicativo per la promozione della vaccinazione contro l'HPV è stata un'iniziativa complementare alle altre condotte nell'ambito del progetto VALORE che si è rivelata fondamentale in quanto ha permesso di ottenere informazioni utili sulla diversità delle attività e dei prodotti realizzati dalle Regioni e ASL, nonché di avviare una riflessione sull'importanza di strategie comunicative opportunamente pianificate e integrate, con l'obiettivo di migliorarne l'efficacia.

La ricognizione ha dimostrato come la comunicazione rappresenti un'importante risorsa per favorire la circolazione delle informazioni, accrescere la consapevolezza e attivare lo scambio e il confronto tra soggetti e istituzioni coinvolte sulla vaccinazione contro l'HPV. Data la complessità del processo comunicativo, affinché le iniziative di comunicazione non siano realizzate in modo improvvisato e sporadico, è importante identificare i soggetti istituzionali che possano coordinare e monitorare l'intero processo. A tale scopo è fondamentale curare la pianificazione delle attività che preveda metodi e strumenti adeguati al contesto, agli obiettivi e al/ai target, in grado di garantire la partecipazione sia dei singoli individui che della comunità.

In particolare per quanto riguarda la comunicazione per la promozione della vaccinazione sull'HPV, è opportuno integrare l'informazione con iniziative finalizzate all'attivazione del dialogo tra i soggetti coinvolti, pur con ruoli e responsabilità differenti, al fine di facilitare scelte consapevoli e responsabili. Pertanto, deve essere incoraggiato un impiego integrato dei diversi mezzi di comunicazione per potenziarne l'efficacia complessiva. Ad esempio nel momento in cui ci si avvale di alcuni strumenti cartacei, la comunicazione può basarsi congiuntamente su interventi vis a vis, incontri tematici o personalizzati all'interno di contesti istituzionali specifici. Gli strumenti di comunicazione realizzati da Regioni e ASL, anche se presentati singolarmente, possono essere quindi utilizzati in modo integrato con un'attenzione specifica all'omogeneità dei messaggi per agevolare il ricordo dei contenuti e favorire la fiducia e la credibilità nelle istituzioni. (20). Le modalità comunicative ravvisate con la ricognizione potrebbero essere ulteriormente integrate da strumenti adeguati al target giovanile come *blog*, social network e podcast che coinvolgono i fruitori in un processo di creazione condivisa delle informazioni online (21,22). A tal proposito, è essenziale che le istituzioni e le figure alle quali è affidato il compito di comunicare con questi strumenti siano a conoscenza di criteri e "regole" fondamentali per il loro utilizzo; questo e altri aspetti inerenti la comunicazione, intesa sia come quella tradizionale sia di nuova generazione, possono essere oggetto di specifiche iniziative di formazione e approfondimento da promuovere sul territorio.

Infine, è necessario tener presente che la comunicazione interpersonale condotta in modo consapevole e competente dall'operatore nell'ambito della relazione professionale, rappresenta sempre una risorsa essenziale da affinare e da utilizzare insieme agli altri mezzi di comunicazione disponibili. Infatti, attraverso un'efficace relazione, l'operatore non solo può fornire informazioni chiare e aggiornate, ma può anche verificare la loro comprensione e quindi favorire l'attivazione della consapevolezza, senza la quale non sarebbero possibili scelte vaccinali consapevoli e responsabili.

INDAGINE SUI MOTIVI DI MANCATA VACCINAZIONE: IL PUNTO DI VISTA DELLE FAMIGLIE

Introduzione

In Italia la vaccinazione contro l'HPV viene offerta gratuitamente alle ragazze nel dodicesimo anno di vita su tutto il territorio nazionale. In tutte le Regioni/PA le ragazze sono chiamate attivamente alla vaccinazione, attraverso una lettera nominativa inviata presso il domicilio o consegnata attraverso le scuole. In alcune ASL sono previsti uno o più solleciti per le ragazze non rispondenti al primo invito.

Le coorti di nascita 1997 e 1998 rappresentano le prime due coorti di nascita, a cui è stata offerta la vaccinazione contro l'HPV negli anni 2008-2010. Secondo i dati di copertura vaccinale aggiornati al 30/06/2013, la copertura delle coorti di nascita 1997-1998 con tre dosi di vaccino è pari al 69% (4). Ciò vuol dire che per ogni coorte di nascita il 30% delle ragazze non è stato vaccinato contro l'HPV, sebbene tali ragazze siano state invitate attivamente. Nel periodo settembre 2011 – luglio 2012, il CNESPS dell'ISS nell'ambito del progetto VALORE ha condotto un'indagine trasversale per approfondire le ragioni di non adesione alla vaccinazione contro l'HPV. A tal fine è stato inviato un questionario cartaceo, anonimo, autosomministrato alle famiglie delle ragazze target dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro l'HPV, che non hanno aderito al programma vaccinale.

Metodi

Popolazione in studio

La popolazione dello studio è rappresentata dalle ragazze nate nel 1997-1998 (dodicenni al momento della chiamata) che, nel corso del 2008-2010, sono state invitate presso il servizio vaccinale della ASL di competenza per la vaccinazione contro l'HPV, ma non hanno aderito alla vaccinazione.

Le ragazze non vaccinate sono state identificate dalle ASL attraverso i registri vaccinali. Le ASL hanno scelto quale coorte di nascita (1997 o 1998) coinvolgere nello studio, tenendo conto che: a) la chiamata attiva (ed eventuali solleciti dei non rispondenti) fosse completata per l'intera coorte, e b) non fosse accaduto alcun evento eccezionale locale che potesse aver alterato l'andamento della campagna (ad esempio "non disponibilità del vaccino"). È stata privilegiata la coorte più giovane al fine di ottenere una fotografia il più aggiornata possibile.

Le ASL avevano la facoltà di arruolare tutte le ragazze non vaccinate della coorte selezionate oppure di identificarne un campione, attraverso un campionamento casuale semplice dalla lista di ragazze non vaccinate. Per disporre di stime attendibili dei motivi di mancata vaccinazione a livello di ASL, è stata calcolata una dimensione del campione pari ad almeno 96 soggetti per ASL. Ipotizzando una rispondenza del 30% ad un questionario inviato per posta, è stato richiesto di identificare almeno 320 ragazze. Qualora una ASL non fosse in grado di ottenere un campione di tale dimensione, si è proceduto ad accorpamenti di ASL all'interno della stessa Regione in base ai seguenti criteri: stessa modalità di chiamata attiva delle ragazze; sollecito delle non rispondenti (previsto/non previsto); stessa coorte di nascita (1997 o 1998); differenza

massima tra i tassi della ASL con la minore copertura vaccinale e quella con copertura vaccinale massima pari a 15 punti percentuali.

La partecipazione è stata proposta a tutte le ASL italiane, purché a) fossero in grado di selezionare le ragazze non vaccinate tramite i registri vaccinali, b) non fossero in corso attività di recupero dei non rispondenti appartenenti alle coorti selezionate per lo studio.

Questionario

Il questionario, sviluppato dopo una ricerca bibliografica focalizzata sull'accettazione della vaccinazione contro l'HPV, ha coperto i seguenti aspetti: 1) motivi di mancata vaccinazione, 2) attitudine del pediatra/medico di base (o un altro operatore sanitario consultato) verso la vaccinazione contro l'HPV, 3) conoscenze sull'infezione da HPV e vaccinazione, 4) fonti di informazioni utilizzate per raccogliere informazioni sull'HPV e fonti di informazioni considerate più affidabili, 5) parere sulla chiarezza ed esaustività delle informazioni ricevute dagli operatori sanitari, 6) percezione del rischio che la figlia potesse contrarre l'HPV, 9) intenzione di far vaccinare la figlia in futuro, 10) atteggiamento verso le vaccinazioni in generale.

Oltre a queste domande sono state raccolte le seguenti informazioni: 1) anno di nascita e città di residenza della figlia, 2) stato vaccinale della figlia per HPV, MPR (Morbilli-Parotite-Rosolia) e altre vaccinazioni pediatriche, 3) caratteristiche demografiche e socio-economiche dei genitori: età, nazionalità, titolo di studio, stato occupazionale e attitudine alla prevenzione (abitudine al fumo e adesione della mamma allo screening cervicale).

Il questionario è composto da 23 domande prevalentemente chiuse. Per comprendere le ragioni di mancata vaccinazione, una lista di 23 potenziali motivi è stata proposta ai partecipanti, a cui è stato chiesto di indicare quanto (molto/abbastanza/poco/per nulla) ognuno dei fattori elencati avesse influito sulla decisione di non accettare la vaccinazione. Per le domande relative alle fonti informative utilizzate è stata proposta una lista di canali informativi ed è stato chiesto ai partecipanti di indicare uno o più di uno, mentre per le domande relative alle fonti informative considerate più affidabili è stato proposto un elenco di canali ed è stato chiesto ai genitori di indicarne un massimo di tre. Per studiare l'atteggiamento verso le vaccinazioni in generale sono state indicate cinque affermazioni relative ai rischi e benefici percepiti delle vaccinazioni e il grado di accordo/disaccordo dei partecipanti è stato misurato attraverso una scala a 5 modalità (molto d'accordo/ d'accordo/né d'accordo né in disaccordo/in disaccordo/molto in disaccordo). Per gli altri aspetti, sono state proposte domande chiuse a scelta multipla, con richiesta di indicare una sola risposta. Copia del questionario è riportata in Appendice B.

Il questionario è stato testato su un campione di convenienza di genitori, al fine di valutarne la chiarezza e facilità di compilazione e modificato secondo i suggerimenti raccolti nella fase test.

Raccolta dei dati

Il questionario è stato inviato per posta dai servizi vaccinali delle ASL alle famiglie delle ragazze selezionate, insieme a una lettera informativa e una busta preaffrancata, nel periodo dicembre 2011 – marzo 2012. La lettera, oltre a illustrare gli scopi del progetto, raccomandava alle ragazze di recarsi presso il servizio vaccinale della ASL per la vaccinazione gratuita. Ai genitori è stato chiesto di rispedire il questionario all'ISS, utilizzando la busta pre-affrancata fornita. Essendo il questionario anonimo e volontario, la compilazione del questionario rappresenta il consenso a partecipare allo studio. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico dell'ISS.

Analisi statistica

L'analisi descrittiva e univariata dei dati è stata effettuata con il software statistico STATA 11.2 (Stata Corporation, College Station, Texas, USA). Le variabili categoriche sono presentate come frequenze assolute e percentuali; il Chi-quadro test, il test di Fisher e il Chi-square for trend sono stati usati per confrontare le proporzioni. Sono stati considerati significativi i valori di $p < 0,05$. Per identificare i determinanti del livello di conoscenza su infezione da HPV e vaccinazione delle famiglie è stata effettuata un'analisi multivariata attraverso una regressione logistica con metodo *forward*. La variabile di livello di conoscenza (*outcome*) è stata classificata come "livello basso" in caso di ≤ 5 risposte corrette e "livello alto" in caso di > 5 risposte corrette. Per l'analisi univariata e multivariata alcune variabili sono state rese dicotomiche, come segue: titolo di studio dei genitori (almeno un genitore con diploma o laurea/altro), età dei genitori (almeno un genitore con meno di 45 anni/altro), stato lavorativo (almeno un genitore lavora/altro), attitudine della madre verso il pap-test (pap-test effettuato con regolarità/occasionalmente o mai fatto); altre vaccinazioni pediatriche effettuate (tutte le vaccinazioni proposte/solo alcune di quelle proposte o nessuna).

Partecipazione allo studio

Cinquantasei ASL in 10 Regioni hanno partecipato a questa indagine, di cui 32 ASL al Nord, 16 ASL al Centro e 8 al Sud. Il numero di ASL partecipanti è indicato dal numero riportato all'interno di ogni Regione in Figura 16. Un totale di 14.099 lettere sono state inviate dalle ASL alle famiglie delle ragazze selezionate che nel periodo 2008-2010 sono state invitate a vaccinarsi, ma dai registri vaccinali delle ASL risultavano non aver ricevuto alcuna dose di vaccino contro l'HPV. Nel presente rapporto come "non vaccinate" intendiamo le ragazze che non hanno ricevuto alcuna dose di vaccino contro l'HPV.

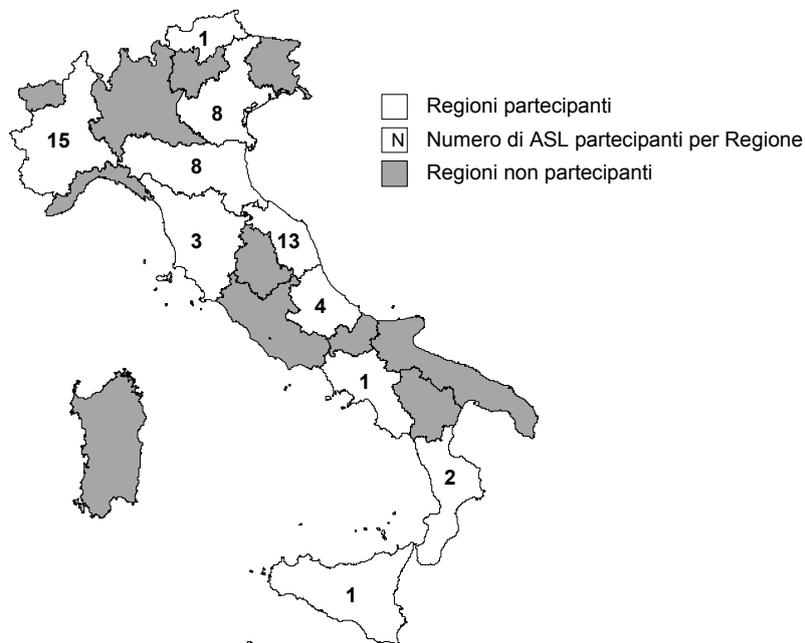


Figura 16. Regioni/PA e ASL partecipanti all'indagine sui motivi di mancata vaccinazione

Nella maggior parte delle ASL le lettere sono state inviate a tutte le non vaccinate; un campionamento casuale semplice delle non vaccinate è stato effettuato nelle seguenti ASL: Torino1-Torino2, Bolzano, Napoli 2 Nord, Siracusa-Avola-Augusta; campionamenti e accorpamenti tra ASL sono stati effettuati nelle ASL della Regione Marche.

Sono pervenuti in ISS 2110 questionari, con una rispondenza del 15,0%, con un gradiente Nord-Sud: 16,5% al Nord, 12,2% al Centro e 10,3% al Sud (Tabella 20). Nella Tabella 21 per ogni ASL partecipante sono illustrate le seguenti caratteristiche: popolazione residente della coorte selezionata, numero delle lettere inviate, questionari ricevuti, relativa percentuale di rispondenti, numero di questionari validi analizzati.

Tabella 20. Rispondenza delle famiglie coinvolte nell'indagine sui motivi di mancata vaccinazione per Regione e area geografica

Area geografica	Regione/PA	Lettere inviate (n.)	Questionari ricevuti (n.)	Rispondenti (%)
Nord		9705	1601	16,5
	PA Bolzano	324	83	25,6
	Veneto	1944	359	18,5
	Emilia-Romagna	2716	446	16,4
	Piemonte	4721	713	15,1
Centro		2230	273	12,2
	Toscana	893	114	12,8
	Marche	1337	159	11,9
Sud		2164	222	10,3
	Abruzzo	1162	133	11,4
	Sicilia	320	48	15,0
	Campania	320	28	8,8
	Calabria	362	13	3,6

Tabella 21. Popolazione in studio e rispondenza delle famiglie coinvolte nell'indagine sui motivi di mancata vaccinazione per ASL

Regione o PA/ASL	Coorte VALORE*	Popolazione femminile in coorte	Lettere inviate (n.)	Questionari ricevuti (n.)	Rispondenti (%)	Questionari validi (n.)
Piemonte						
Alessandria (ex ASL 20)	1998	700	173	27	15,6	27
Alessandria (ex ASL 21)	1998	430	107	27	25,2	24
Alessandria (ex ASL 22)	1998	498	119	15	12,6	11
Asti	1998	875	102	13	12,7	13
Biella	1998	723	191	35	18,3	33
Cuneo 1 (ex ASL 15)	1998	790	183	46	25,1	42
Cuneo 1 (ex ASL 16)	1998	354	127	24	18,9	24
Cuneo 1 (ex ASL 17)	1998	738	270	47	17,4	45
Cuneo 2	1998	791	177	34	19,2	30
Novara	1998	1447	235	24	10,2	20
Torino 1-Torino 2	1998	3449	1371**	189	13,8	176
Torino 3	1998	2481	967	133	13,8	122
Torino 5	1998	1216	403	48	11,9	42
Verbano-Cusio-Ossola	1998	697	141	24	17,0	22
Vercelli	1998	642	155	17	11,0	13
ASL non nota	1998			9		9

segue

continua

Regione o PA/ ASL	Coorte VALORE*	Popolazione femminile in coorte	Lettere inviate (n.)	Questionari ricevuti (n.)	Rispondenti (%)	Questionari validi (n.)
PA Bolzano						
Bolzano	1998	1248	324**	83	25,6	79
Veneto						
Alta Padovana ULSS15	1998	1232	313	74	23,6	47
Asolo AULSS 8	1998	1267	339	65	19,2	57
Dolo ULSS13	1998	1177	309	58	18,8	56
Este ULSS17	1998	753	107	24	22,4	21
Feltre ULSS 2	1998	383	53	9	17,0	8
Treviso ULSS9	1988	1968	431	61	14,2	47
Veneziana ULSS12	1998	1225	277	53	19,1	34
Veneto Orientale ULSS10	1998	956	115	15	13,0	15
Emilia-Romagna						
Bologna	1998	1214	507	80	15,8	62
Cesena	1998	901	298	66	22,1	65
Forlì	1998	703	115	18	15,7	17
Modena	1998	2909	520	85	16,3	74
Parma	1998	1707	459	68	14,8	42
Piacenza	1998	1123	247	42	17,0	35
Ravenna	1997	1528	230	39	17,0	33
Rimini	1998	1368	340	48	14,1	45
Toscana						
Empoli	1998	1012	124	13	10,5	5
Firenze	1997	3197	510	72	14,1	49
Pistoia	1998-1997	1155+1199	259	29	11,2	24
Marche**						
Ancona ZT7	1997	1104	197	21	10,7	16
Ascoli Piceno ZT13	1998	535	83	13	15,7	9
Camerino ZT10	1998	168	38	1	2,6	1
Civitanova Marche ZT8	1998	516	191	0	0,0	0
Fabriano ZT6	1998	236	25	4	16,0	4
Fano ZT3	1998	596	145	12	8,3	11
Fermo ZT11	1998	724	102	8	7,8	8
lesì ZT5	1998	430	25	22	88,0	19
Macerata ZT9	1998	597	74	28	37,8	23
Pesaro ZT1	1998	598	250	24	9,6	19
San Benedetto del Tronto ZT12	1998	458	96	9	9,4	6
Senigallia ZT4	1998	328	75	9	12,0	7
Urbino ZT2	1998	345	36	8	22,2	6
Abruzzo						
Avezzano-Sulmona	1998	855	144	13	9,0	8
Lanciano-Vasto	1998	936	216	19	8,8	13
Pescara	1997	1345	346	55	15,9	48
Teramo	1998	1347	456	46	10,1	32
Campania						
Napoli 2 Nord	1998	3618	320**	28	8,8	11
Calabria						
Reggio Calabria	1998	913	200	6	3,0	3
Vibo Valentia	1998	798	162	7	4,3	4
Sicilia						
Siracusa, Avola, Augusta	1998	920	320**	48	15,0	13
ASL non nota				15		9
Totale			14.099	2.110	15,0	1.738

* Coorte selezionata per VALORE; ** in queste ASL è stato effettuato un campionamento casuale semplice delle non vaccinate da arruolare; nelle ASL della Regione Marche sono stati effettuati campionamenti e accorpamenti tra ASL.

Trentanove delle 56 ASL hanno comunicato il numero di lettere del progetto VALORE tornate al mittente per destinatario sconosciuto; il 7,3% (816/11.187) delle lettere è tornato al servizio vaccinale della ASL, con ampia variabilità tra le ASL (0-22%). Dati anagrafici errati o non aggiornati degli archivi vaccinali costituiscono un problema rilevante in alcune realtà.

Dei 2110 questionari ricevuti, sono stati esclusi 57 questionari inviati a ragazze appartenenti a coorti di nascita diversa da 1997 e 1998 e 290 questionari inviati a ragazze già vaccinate contro l'HPV, la maggior parte delle quali presso il servizio vaccinale della propria ASL o di un'altra ASL (Tabella 22). Queste 290 ragazze potrebbero essere state vaccinate nel periodo intercorso tra la preparazione della lista delle non vaccinate e la ricezione del questionario dalle famiglie; un'altra ipotesi potrebbe essere rappresentata dalla presenza di errori nelle liste delle non vaccinate.

Tabella 22. Stato vaccinale per l'HPV delle ragazze (n. e %) al momento dell'invito e luogo di vaccinazione (n. 2051)

Stato vaccinale	n.	%
Non vaccinata	1761	85,7
Già vaccinata presso il servizio vaccinale ASL	231	11,3
Già vaccinata presso un'altra ASL	27	1,3
Già vaccinata presso il pediatra/MMG	15	0,7
Già vaccinata presso il ginecologo	5	0,2
Già vaccinata in altre sedi*	12	0,6

*estero, croce rossa, altri medici privati

I questionari relativi alle 290 ragazze già vaccinate rappresentano il 14% dei 2110 questionari pervenuti in ISS, con un range tra ASL pari a 0-69%. Di queste 290 ragazze, 255 (88%) appartengono alla coorte di nascita 1998; 284 (91%) sono italiane; 155 (53%) risiedono al Nord, mentre 58 (20%) al Centro e 76 (26,2%) al Sud Italia. La sezione relativa alle informazioni socio-economiche dei genitori è stata compilata in una proporzione esigua dei questionari, pertanto tali informazioni non sono state analizzate. Ulteriori 25 questionari sono stati eliminati poiché non correttamente compilati (sono state inserite soltanto le informazioni socio-demografiche, mentre non è stata compilata la sezione relativa ai motivi di non vaccinazione e alle attitudini verso la vaccinazione). Pertanto l'analisi illustrata di seguito è stata effettuata su 1738 questionari validi (vedi Tabella 20, Figura 17).

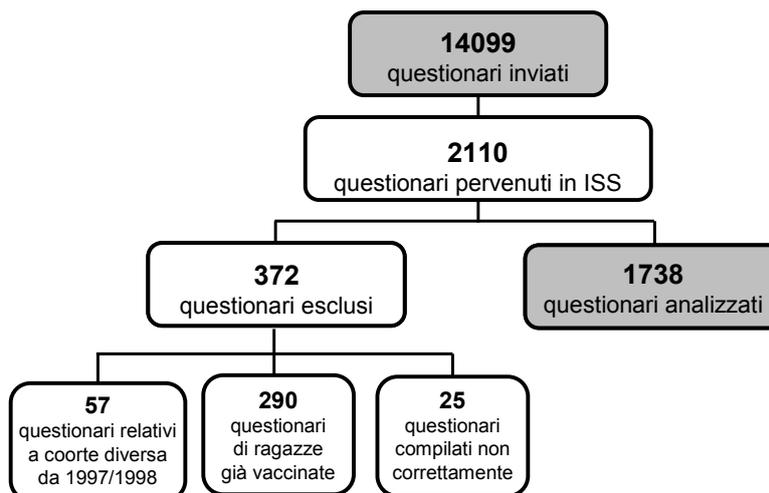


Figura 17. Popolazione in studio

Per ogni domanda, il denominatore è rappresentato dai questionari per cui la specifica domanda risulta correttamente compilata.

Dato l'esiguo numero di rispondenti, valutazioni per ASL e Regioni/PA sono possibili solo per pochi contesti; pertanto i questionari sono stati analizzati globalmente, pur essendo consapevoli della scarsa rappresentatività del campione a livello nazionale.

Risultati e discussione dei dati

Popolazione in studio

Il 96% (1659/1726) delle ragazze ha cittadinanza italiana. Tra le 67 ragazze non italiane, le cittadinanze prevalentemente riportate risultano: rumena (21), moldava (8), marocchina (6) e albanese (6). Delle 1738 ragazze, 1571 (90%) sono nate nel 1998, 167 (10%) nel 1997.

Come atteso dalla maggiore adesione al progetto delle ASL localizzate al Nord, la maggior parte delle ragazze arruolate (80%) risiede nel Nord Italia (Tabella 23), in particolare in Piemonte (38%), Emilia-Romagna (22%) e Veneto (16%) (Tabella 24).

Tabella 23. Distribuzione delle ragazze (n. e %) per area geografica di domicilio (n. 1729)

Area geografica	n.	%
Nord	1390	80,4
Centro	207	12,0
Sud	132	7,6

In nove questionari non è riportata né la provincia, né la regione di domicilio.

Tabella 24. Distribuzione delle ragazze (n. e %) per regione di domicilio (n. 1729)

Regione	n.	%
Abruzzo	101	5,8
Calabria	7	0,4
Campania	11	0,6
Emilia-Romagna	373	21,6
Marche	129	7,5
PA Bolzano	79	4,6
Piemonte	653	37,8
Sicilia	13	0,8
Toscana	78	4,5
Veneto	285	16,5

In nove questionari non è riportata né la provincia, né la regione di domicilio.

Il 99% delle ragazze ha effettuato altre vaccinazioni pediatriche (poliomielite, difterite, tetano, pertosse, epatite B, ecc.), in particolare l'81% ha effettuato tutte le vaccinazioni proposte dal pediatra e il 18% alcune di quelle proposte. Sembra, quindi, che i rispondenti non rappresentino un gruppo ostile alle vaccinazioni; tuttavia, poiché non conosciamo il dettaglio sulle vaccinazioni effettuate, non possiamo sapere se il 99% delle ragazze abbia ricevuto tutte le vaccinazioni incluse nel calendario vaccinale nazionale nel primo anno di vita o soltanto quelle obbligatorie. L'86% (1456/1692) delle ragazze ha effettuato almeno una dose di vaccino MPR; l'11% non è stato vaccinato con MPR e il 3% non ricorda questa informazione (Tabella 25).

Tabella 25. Storia vaccinale delle ragazze (n. e %) per le vaccinazione pediatriche e la vaccinazione MPR

Storia vaccinale	n.	%
Vaccinazioni pediatriche (n. 1715)		
Effettuate tutte quelle proposte dal pediatra/servizio vaccinale	1393	81,2
Effettuate alcune di quelle proposte	304	17,7
Non effettuate	18	1,04
Vaccinazione MPR (n.1692)		
Effettuata 1 dose di MPR	332	19,6
Effettuate 2 dosi di MPR	1124	66,4
Non effettuata	191	11,3
La famiglia non ricorda	45	2,7

Le ragazze nate nel 1997 e 1998 appartengono alle coorti di nascita che sono state oggetto di programmi vaccinali di recupero pianificati ai tempi del primo Piano di eliminazione del 2003, pertanto sarebbe stata auspicabile una copertura più elevata. Tuttavia la copertura vaccinale rilevata nella popolazione in studio (1456/1647, 88% con almeno una dose e 1124/1647, 68% con due dosi) sembra in linea con le attuali coperture vaccinali in questa fascia di età nel nostro Paese. Il 74% (1265/1713) dei questionari è stato compilato dalla mamma, il 4% dal papà e il 22% da entrambi i genitori. La Tabella 26 riporta le caratteristiche socio-demografiche e comportamentali dei genitori delle ragazze arruolate.

Tabella 26. Caratteristiche socio-demografiche dei genitori (n. e %) e attitudine alla prevenzione

Parametro		n.	%
Caratteristica socio-demografica			
Cittadinanza (n. 1705)	Ambedue i genitori italiani	1516	88,9
	Ambedue i genitori stranieri	62	3,6
	Un genitore italiano/ un genitore straniero	30	1,8
	Un genitore italiano/ dato mancante	90	5,3
	Un genitore straniero/ dato mancante	7	0,4
Età (n. 1712)	Ambedue i genitori con meno di 45	498	29,1
	Ambedue i genitori con oltre 45	727	42,5
	Un genitore con meno di 45/ un genitore con oltre 45	397	23,2
	Un genitore con oltre 45/ dato mancante	51	3,0
	Un genitore con meno di 45/ dato mancante	39	2,3
Titolo di studio (n. 1717)	Ambedue i genitori con diploma o laurea	879	51,2
	Un genitore con diploma o laurea/un genitore con licenza elementare o media	452	26,3
	Un genitore con diploma o laurea/dato mancante	62	3,6
	Ambedue i genitori con licenza elementare o media	290	16,9
	Un genitore con licenza elementare o media dato mancante	34	2,0
Stato lavorativo (n.1663)	Ambedue i genitori lavorano	1111	66,8
	Un genitore lavora	499	30,0
	Ambedue i genitori disoccupati	17	1,0
	Un genitore disoccupato/dato mancante	36	2,2
Presenza di un figlio con oltre 16 anni (n. 1714)	Uno o più	642	37,5
	Nessuno	1072	62,5

segue

continua

Parametro		n.	%
Attitudine alla prevenzione			
Abitudine al fumo (n. 1727)	Almeno un genitore attualmente non fumatore	642	37,5
	Due genitori fumatori o un genitore fumatore/dato mancante	1072	62,5
Pap-test (N=1673)	Effettuato regolarmente	1469	87,8
	Effettuato, non regolarmente	160	9,5
	Mai effettuato	44	2,7

Si sottolinea che l'81% delle ragazze ha almeno un genitore con diploma o laurea. Dal confronto con i dati ISTAT, sembra che il livello di istruzione dei partecipanti sia più elevato rispetto alla popolazione generale; tuttavia, dato il basso tasso di rispondenza al questionario e non conoscendo il titolo di studio dei non rispondenti, non è possibile dedurre se si tratta di una caratteristica delle famiglie delle non vaccinate oppure delle famiglie rispondenti al questionario. Relativamente alle attitudini alla prevenzione, il 97% delle mamme ha effettuato almeno una volta il pap-test e l'88% delle mamme delle ragazze lo effettua regolarmente. La percentuale di mamme che ha riportato di effettuare il pap-test regolarmente depone per un campione di donne attente alla prevenzione del cervicocarcinoma. Infatti i dati PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), un sistema di sorveglianza sullo stato di salute della popolazione adulta coordinato dal CNESPS dell'ISS dal 2007, riportano che il 75% delle donne tra 25-64 anni ha effettuato un test di screening preventivo del tumore della cervice uterina nel corso dei tre anni precedenti l'intervista, aderendo a programmi organizzati o su iniziativa personale; tale percentuale è maggiore al Nord dove raggiunge l'83%.

Motivi di mancata vaccinazione contro l'HPV

Il 7% delle famiglie ha dichiarato di non aver ricevuto alcun invito alla vaccinazione contro l'HPV (Tabella 27), prima della ricezione del questionario VALORE.

Inoltre il 7% dei questionari inviati dalle ASL sono tornati al mittente per destinatario sconosciuto; da ciò emerge che una quota di ragazze non è stata raggiunta dall'invito attivo alla vaccinazione.

Tabella 27. Ragazze (n. e %) che hanno ricevuto una lettera di invito a recarsi presso la ASL di competenza per ricevere gratuitamente la vaccinazione contro l'HPV (n.1722)

Ricezione dell'invito	n.	%
Invito non ricevuto	116	6,7
Ricevuta una lettera d'invito	1265	73,5
Ricevuta più di una lettera d'invito (sollecito)	341	19,8

Per comprendere i motivi di mancata vaccinazione, ai genitori è stata proposta una lista di motivazioni ed è stato chiesto loro di indicare quanto (molto/abbastanza/poco/per nulla) ogni fattore avesse influito sulla decisione di non far vaccinare la propria figlia.

Nella Tabella 28 è riportata la percentuale di famiglie che ha indicato che ogni fattore proposto ha influito "molto o abbastanza" sulla decisione di non far vaccinare la propria figlia, con i relativi intervalli di confidenza al 95%; l'alta numerosità del campione ha consentito una buona precisione della stima.

Tabella 28. Famiglie (n. e %) che hanno riferito che ogni fattore proposto ha influito “molto” o “abbastanza” sulla mancata vaccinazione

Fattore	Rispondenti		IC 95%	
	n.	%	INF	SUP
Abbiamo paura degli effetti collaterali di questa vaccinazione	1547	80,3	78,4	82,3
Non abbiamo fiducia in un vaccino così nuovo	1590	76,2	74,7	78,8
Le informazioni ricevute sulla vaccinazione contro l'HPV erano discordanti	1541	65,0	62,6	67,4
Non avevamo sufficienti informazioni su questa vaccinazione	1478	54,2	51,8	56,7
L'esecuzione periodica del pap-test permetterà di prevenire questo tumore	1484	52,5	50,0	55,0
Nostra figlia è troppo giovane e non sessualmente attiva	1577	45,6	43,1	48,1
Riteniamo che questa vaccinazione non sia utile	1495	41,1	38,6	43,6
La vaccinazione contro l'HPV non è obbligatoria	1523	36,9	34,5	39,3
Non abbiamo fiducia nelle vaccinazioni in generale	1577	34,0	31,6	36,4
Ci è stata sconsigliata da altro personale sanitario	1541	28,1	25,8	30,3
Ci è stata sconsigliata dal medico/pediatra di famiglia	1524	23,6	21,5	25,8
Ci è stata sconsigliata da familiari/amici	1508	23,2	21,1	25,4
Non abbiamo sentito parlare molto di questa vaccinazione	1502	22,2	20,1	24,3
La vaccinazione incoraggia comportamenti sessuali a rischio o precoci	1519	16,3	14,4	18,1
Nostra figlia ha paura delle iniezioni	1512	15,1	13,3	16,9
Riteniamo che l'infezione da HPV non sia grave	1514	15,0	13,1	16,8
Nostra figlia non può essere vaccinata per motivi di salute/ controindicazioni	1520	8,4	6,9	9,7
Ci avvaliamo di una medicina alternativa che non prevede le vaccinazioni	1509	8,1	6,7	9,5
Non siamo potuti andare all'appuntamento	1502	5,7	4,5	6,9
Non eravamo a conoscenza della gratuità del vaccino	1499	5,1	4,0	6,3
È complicato prendere appuntamento/il centro vaccinale è un caos	1503	4,2	3,1	5,2
Non è agevole raggiungere il servizio vaccinale	1493	1,8	1,1	24,9
Nostra figlia non è stata vaccinata per motivi religiosi	1489	0,7	0,3	1,2

Nella Figura 18, per ogni fattore elencato, è mostrata la percentuale di famiglie che ha risposto che tale fattore ha influito “molto” sulla decisione di non far vaccinare la propria figlia e quella che ha riportato “abbastanza”.

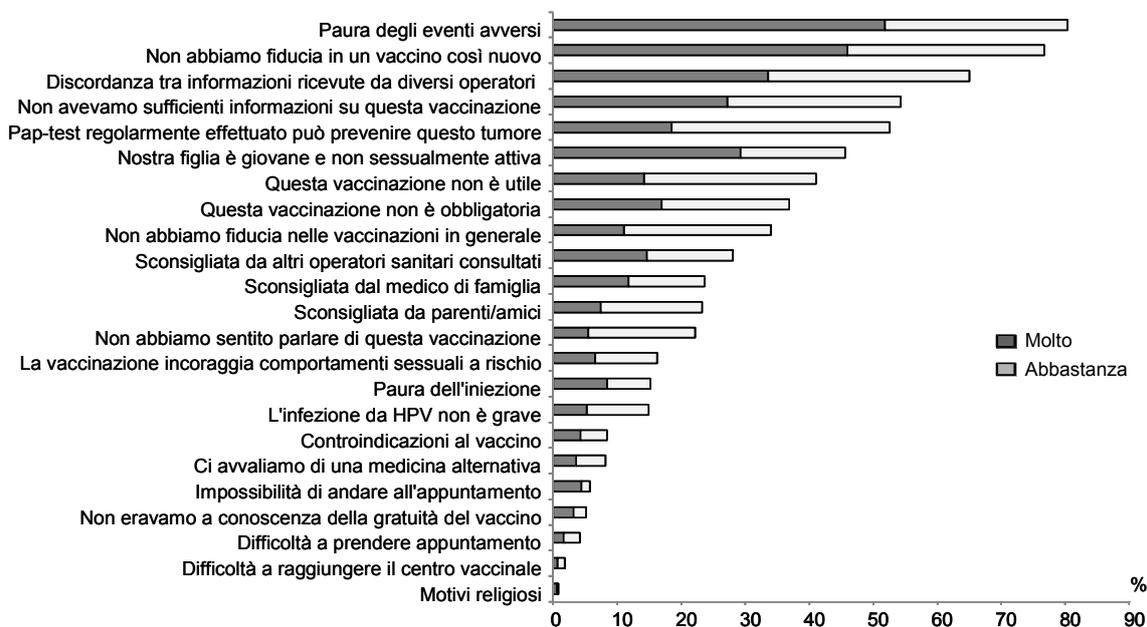


Figura 18. Famiglie (%) che hanno riferito che ogni fattore proposto ha influito “molto” o “abbastanza” sulla mancata vaccinazione

Alla lettura dei risultati di questa domanda, gli elementi che hanno influito maggiormente sulla mancata vaccinazione contro l'HPV possono essere sintetizzati come segue:

- timore verso le reazioni avverse alla vaccinazione (80%);
- scarsa fiducia nel vaccino (76%);
- informazione delle famiglie non adeguata su questa tematica (65%);
- messaggio sulla vaccinazione non coerente tra gli operatori sanitari (54%).

Il parere contrario alla vaccinazione contro l'HPV espresso dai pediatri/medici di famiglia o da altri operatori sanitari ha pesato "molto/abbastanza" al 24% e 28% delle famiglie. Ci sembra opportuno sottolineare che, combinando chi ha risposto che l'opinione contraria del medico di base ha pesato "molto/abbastanza" e chi ha risposto che l'opinione contraria di altri sanitari ha pesato "molto/abbastanza" sulla decisione presa, risulta che per il 39% dei rispondenti il parere contrario di un operatore sanitario ha pesato "molto/abbastanza" su tale decisione. È degno di nota anche che nel 45% delle famiglie il fatto che la figlia sia giovane e non ancora sessualmente attiva abbia influito molto (29%) o abbastanza (16%) sulla decisione di non aderire al programma vaccinale per l'HPV. I problemi di tipo logistico legati all'organizzazione dei servizi vaccinali e accesso all'offerta hanno influito marginalmente sull'adesione alla vaccinazione.

Nella Figura 19 viene rappresentata la distribuzione per area geografica del peso dei fattori proposti sulla decisione di non accettare che la propria figlia venisse vaccinata.

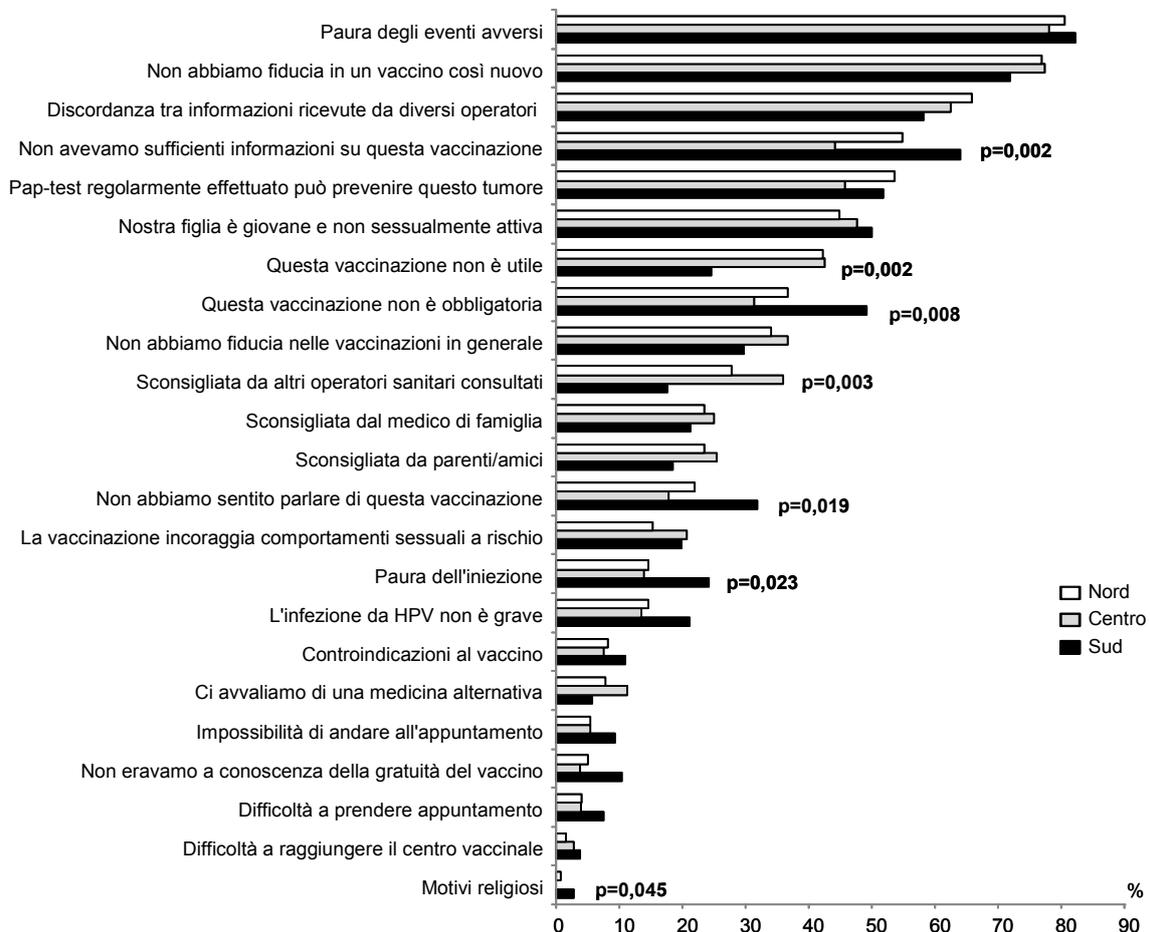


Figura 19. Famiglie (%) che hanno riferito che ogni fattore proposto ha influito "molto" o "abbastanza" sulla mancata vaccinazione per area geografica

Il timore di eventi avversi e la mancanza di fiducia nel vaccino risultano i fattori considerati più rilevanti in tutte le aree geografiche. Al terzo posto risulta la scarsa informazione al Sud, e la discordanza delle informazioni tra diversi operatori sanitari consultati al Nord e al Centro. Il fatto che la vaccinazione contro l'HPV non sia obbligatoria ($p=0,008$), il fatto che i genitori non abbiano sentito parlare molto di questa vaccinazione ($p=0,0019$), il non disporre di informazioni sufficienti ($p=0,002$), la paura delle iniezioni ($p=0,023$), il non essere a conoscenza della gratuità del vaccino ($p=0,032$) e le motivazioni religiose ($p=0,045$) sembrano aver pesato di più al Sud rispetto al Nord e al Centro; il non ritenere utile la vaccinazione ha influito sulla mancata vaccinazione più nel Nord e Centro che al Sud ($p=0,002$). Sembra, quindi, che nel Sud Italia l'atteggiamento della popolazione verso le vaccinazioni sia più passivo, cioè meno legato a un approfondimento informativo, rispetto al Centro e al Nord.

Nella Figura 20 viene presentata la distribuzione per titolo di studio del peso dei fattori proposti sulla decisione di non accettare la vaccinazione. Indipendentemente dal titolo di studio, il timore di eventi avversi, la mancanza di fiducia nel vaccino, la scarsità di informazioni e la discordanza tra informazioni ricevute da diversi operatori sanitari restano i fattori considerati più rilevanti. Alcune differenze statisticamente significative, sebbene lievi, tra le famiglie in cui almeno uno dei due genitori ha diploma o laurea e le famiglie in cui ambedue i genitori hanno un titolo di studio più basso sono riportate in Figura 20.

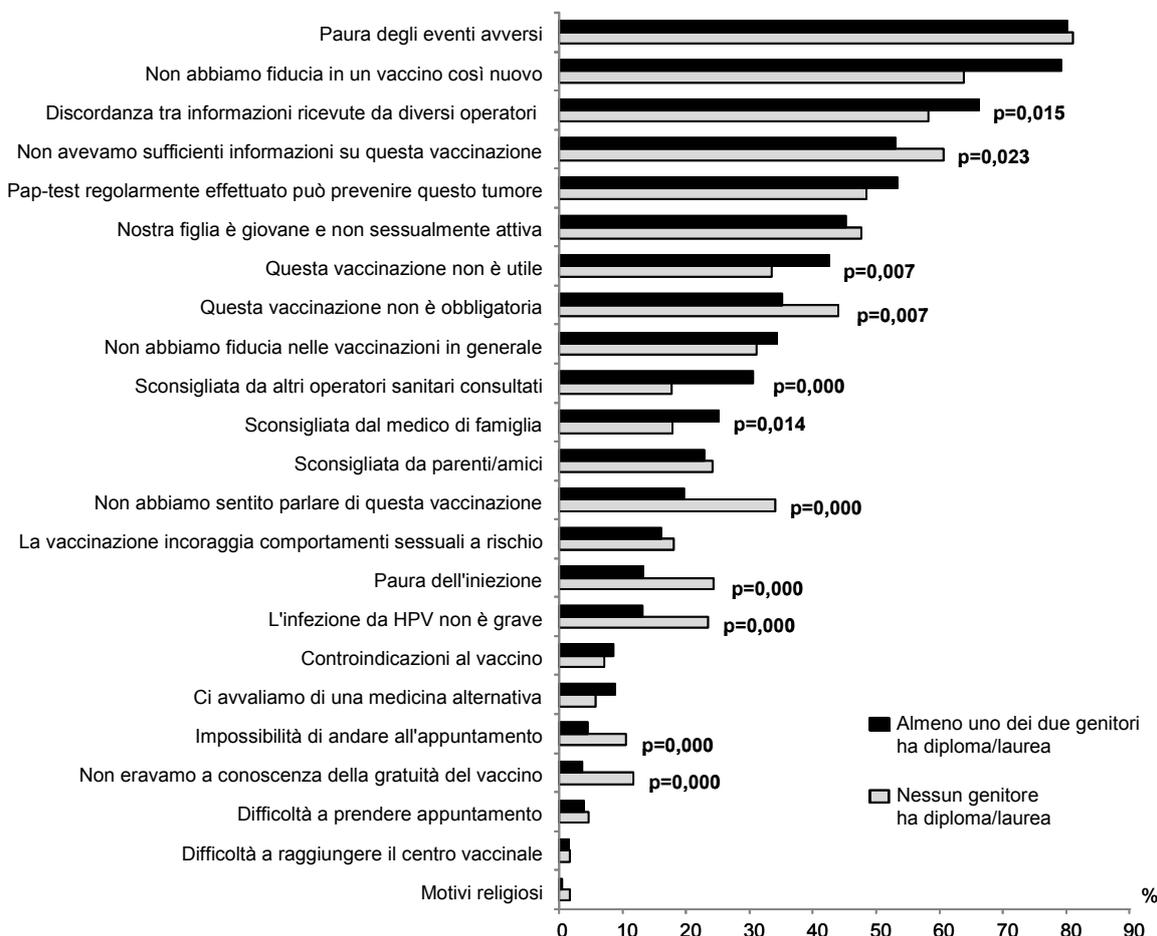


Figura 20. Famiglie (%) che hanno riferito che ogni fattore proposto ha influito "molto" o "abbastanza" sulla mancata vaccinazione per titolo di studio

La non obbligatorietà della vaccinazione contro l'HPV, il non averne sentito parlare, la paura delle iniezioni, il non considerare grave l'infezione HPV, l'aver ignorato la gratuità del vaccino sono considerati "molto o abbastanza" influenti sulla decisione presa in proporzione maggiore dalle famiglie con titolo di studio più basso. Nessuna differenza per titolo di studio è emersa relativamente ai seguenti item: paura degli effetti collaterali di questa vaccinazione, la considerazione che l'esecuzione periodica del pap-test permetterà di prevenire questo tumore, la giovane età della figlia (non sessualmente attiva), la possibilità che la vaccinazione incoraggi comportamenti sessuali a rischio o precoci tra i giovani.

Nella Figura 21 viene mostrata la distribuzione dei motivi di mancata vaccinazione per cittadinanza. Sebbene la quota del nostro campione di ragazze straniere sia esigua (4% del totale), è evidente che le barriere proposte hanno avuto un peso diverso tra popolazione italiana e non italiana.

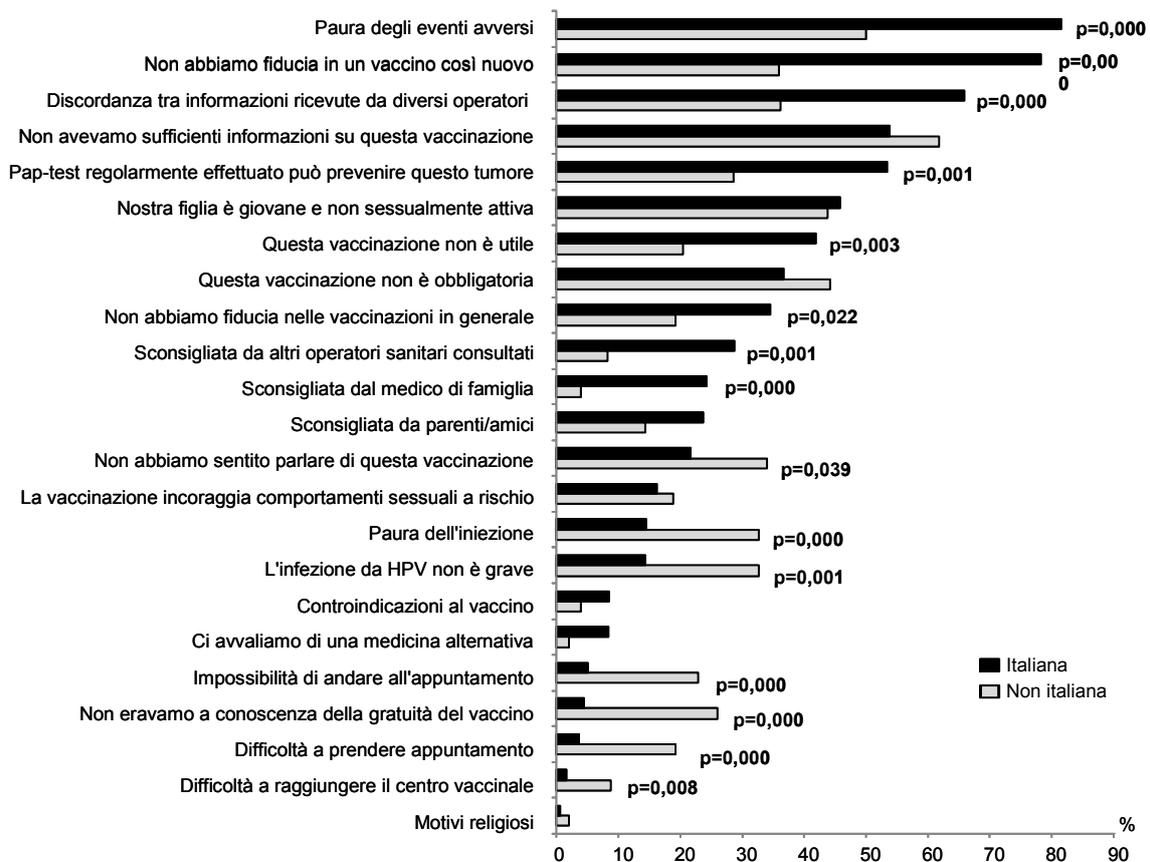


Figura 21. Famiglie (%) che hanno riferito che ogni fattore proposto ha influito "molto" o "abbastanza" sulla mancata vaccinazione per cittadinanza

Tra i cittadini stranieri, il fattore che ha influenzato di più la mancata vaccinazione è la mancanza di informazioni, segnalato dal 62% delle famiglie straniere, seguito dalla paura degli eventi avversi, segnalato dal 50% delle famiglie.

I fattori di tipo logistico, che hanno influito marginalmente sulla decisione dei genitori delle ragazze italiane, hanno avuto un peso maggiore per i genitori delle ragazze di cittadinanza

straniera (impossibilità di andare l'appuntamento: 22,9 vs 5,1%, p=0,008; gratuità del vaccino non nota: 26,0 vs 4,4%, p=0,001; difficoltà a prendere l'appuntamento: 19,1 vs 3,6 %, p=0,000; difficoltà a raggiungere il centro vaccinale: 8,7 vs 1,6 %, p=0,008).

I seguenti fattori hanno invece pesato meno per i genitori delle ragazze straniere che per i genitori delle ragazze italiane: la paura degli eventi avversi (50 vs 81,5%, p=0,000), la scarsa fiducia nel vaccino contro l'HPV (35,9 vs 78,2%, p=0,000) e nelle vaccinazioni in generale (34,5 vs 19,2%, p=0,022), la discordanza di informazioni tra differenti operatori sanitari consultati (36,2 vs 65,9%, p=0,000), la consapevolezza del ruolo del pap-test nella prevenzione del cervicocarcinoma (28,6 vs 53,4%, p=0,001), il non considerare utile questa vaccinazione (20,4 vs 41,9%, p=0,003), il parere contrastante del medico di base (3,9 vs 24,3%, p=0,000) o di altri sanitari (19,2 vs 34,5%, p=0,002).

Sembra, pertanto, che nella popolazione straniera l'accesso alle informazioni e al servizio vaccinale sia più problematico.

Fonti di informazioni su infezione da HPV e vaccinazione

Fonti informative utilizzate

Il 5,4% delle famiglie non aveva mai sentito parlare di HPV prima di aver ricevuto questa lettera. Tra coloro che avevano sentito parlare di HPV, la fonte di informazioni più frequentemente consultata è stata il pediatra o medico di base, riportata dal 49% (794/1616) delle famiglie (Figura 22). Soltanto il 31% (495/1616) ha ricevuto informazioni dal ginecologo e solo il 25% (403/1616) dal centro vaccinale. Il 58% (944/1616) ha ottenuto informazioni su questo argomento dai media (web, radio/tv, giornali); in particolare internet è stato utilizzato dal 34% delle famiglie. Il 7% ha riportato altre fonti diverse da quelle proposte; le più frequentemente menzionate sono state: altri operatori sanitari e pubblicazioni scientifiche.

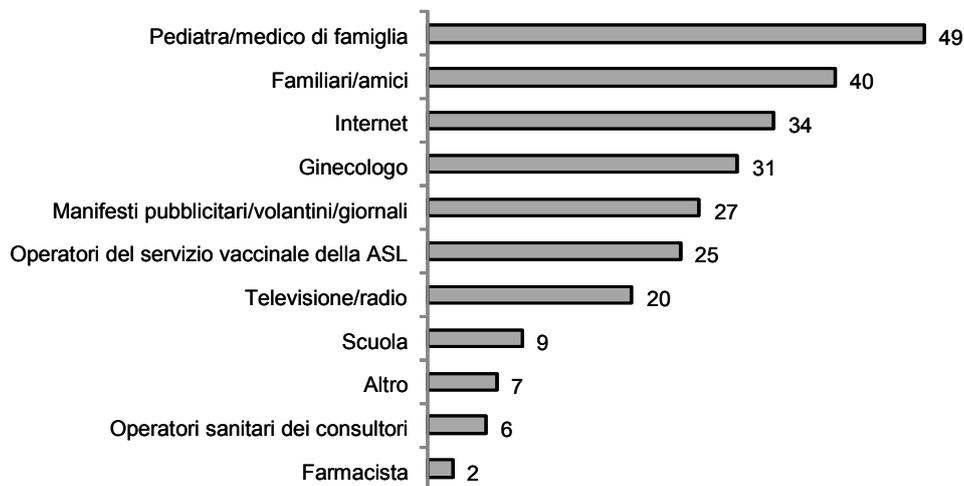


Figura 22. Fonti informative su HPV e vaccinazione utilizzate dalle famiglie (%) (n. 1616)

Escludendo dall'analisi 51 questionari in cui è stata indicata "altra fonte di informazione" senza specificarne la fonte, risulta che il 77% delle famiglie (1207/1565) ha consultato almeno un operatore sanitario tra quelli proposti (ginecologo, pediatra/medico di famiglia, operatore del servizio vaccinale, operatore dei consultori, farmacista); di questi, 870 hanno ricevuto

informazioni anche da altre fonti informative (Tabella 29). Una quota non trascurabile, pari al 23% (358/1565) dei rispondenti, ha ottenuto informazioni su HPV e vaccinazione soltanto attraverso fonti diverse da operatori sanitari (familiari/amici, Internet, manifesti pubblicitari/volantini/giornali, televisioni/radio, scuola), teoricamente meno controllabili. Gli operatori sanitari restano la fonte informativa più utilizzata, ma i genitori si mostrano molto attivi nella ricerca di informazioni da altre fonti.

Tabella 29. Fonti informative su HPV e vaccinazione utilizzate dalle famiglie (%) (n.1565) per tipo e numero di fonti

Fonte informativa	??	n.	%
Tipo	Operatori sanitari + altre fonti informative	870	55,6
	Solo operatori sanitari*	337	21,5
	Solo altre fonti informative**	358	22,9
Numero	0-1	486	28,4
	2-3	906	53,0
	≥4	317	18,6

* ginecologo, pediatra/medico di famiglia, operatore del servizio vaccinale, operatore dei consultori, farmacista

** familiari/amici, internet, manifesti pubblicitari/volantini/giornali, televisioni/radio, scuola

Opinioni sulle fonti informative

Alle famiglie è stata proposta una lista di fonti informative ed è stato chiesto loro di indicare le fonti considerate più importanti per ottenere informazioni adeguate sulla vaccinazione contro l'HPV, fino ad un massimo di 3. Nella Figura 23, per ogni fonte informativa proposta, è riportata la percentuale di famiglie che la ha indicata tra le tre fonti più affidabili per ricevere informazioni. Il 9% dei genitori ha riportato fonti diverse da quelle proposte; le più frequentemente menzionate sono: media, associazioni indipendenti, pubblicazioni scientifiche.

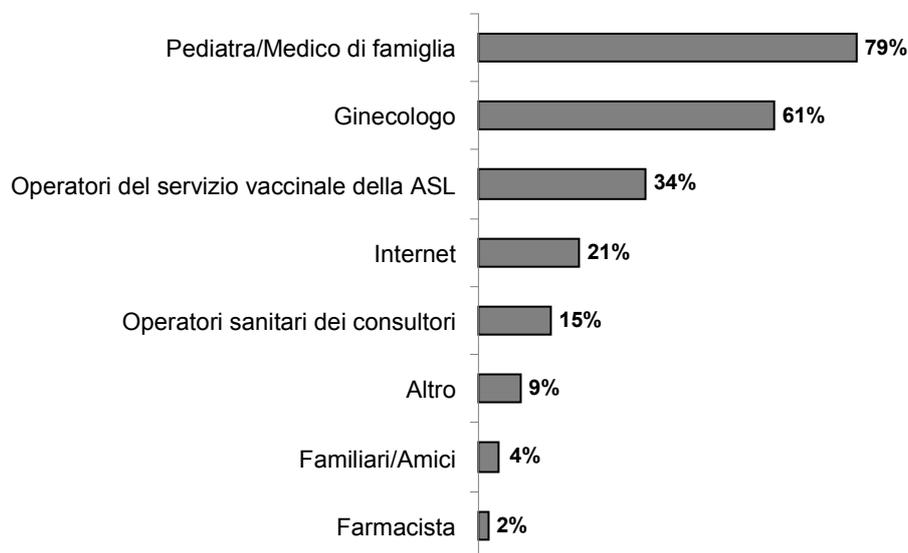


Figura 23. Fonti informative considerate più affidabili per informazioni sulla vaccinazione contro l'HPV dalle famiglie (%) (n. 1640)

La classe medica può rispondere ancora in modo significativo ai bisogni della popolazione; infatti il pediatra/medico di base e il ginecologo sono considerate le fonti informative più affidabili, indicate rispettivamente dal 79% (1288/1640) e dal 61% (1004/1640) dei rispondenti. Queste figure rappresentano un anello di congiunzione cruciale tra la famiglia e il centro vaccinale.

Interessante notare che anche tra coloro che non hanno consultato professionisti sanitari per avere informazioni sulla vaccinazione, il 67% e il 52% indicano il pediatra e il ginecologo, rispettivamente, come fonte più rilevante per ottenere informazioni su questa vaccinazione. Di questo gruppo, il 47% ha avuto informazioni da familiari/amici; il 39% da giornali/manifesti/volantini; il 39% dal web; il 31% da televisione/radio; il 12% dalla scuola.

Nonostante i servizi vaccinali delle ASL rappresentino i centri che si occupano primariamente dell'offerta, promozione e somministrazione delle vaccinazioni, gli operatori sanitari dei servizi vaccinali sono stati indicati tra le tre fonti più affidabili soltanto dal 34% (564/1640) dei rispondenti e, come riportato nel precedente paragrafo, solo il 25% (403/1616) ha ottenuto informazioni da questo servizio.

È stato confrontato il gruppo di 1585 famiglie che hanno risposto sia alla domanda sulle fonti informative utilizzate che alla domanda sulle fonti informative considerate più affidabili; da tale confronto risulta che, sebbene il 76% (1211/1585) consideri il pediatra/medico di base rilevante per le informazioni su HPV e vaccinazione contro l'HPV, soltanto il 49% (783/1585) ha ottenuto informazioni da questa figura professionale. Inoltre, sebbene il 61% (963/1585) consideri il ginecologo tra le fonti più rilevanti, soltanto il 31% (492/1585) ha ottenuto informazioni da questa figura professionale (Figura 24).

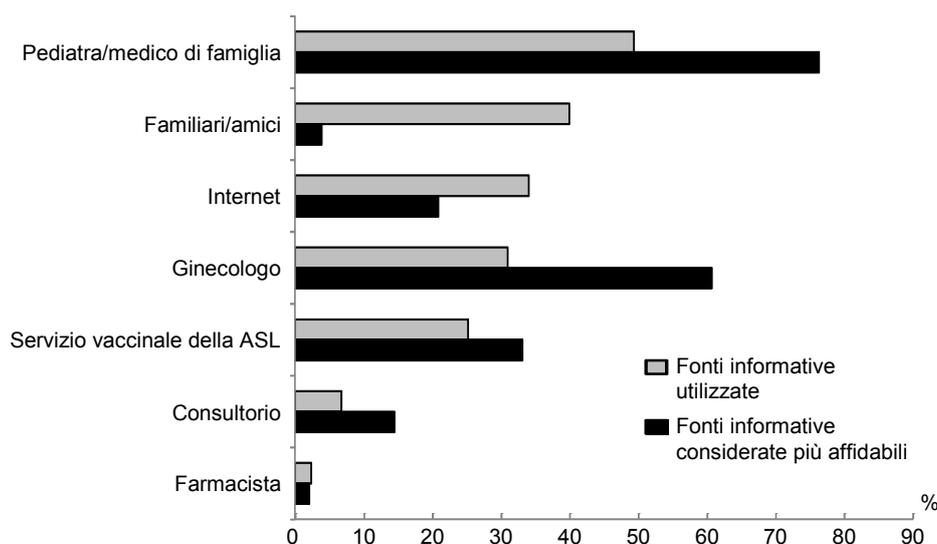


Figura 24. Confronto tra fonti informative su HPV e vaccinazione utilizzate e fonti informative considerate più affidabili dalle famiglie (%) (n. 1585)

Questo mette in luce una barriera comunicativa: perché circa un 30% dei rispondenti, nonostante consideri il medico di base tra le fonti più affidabili, non ha ottenuto informazioni da questa figura professionale? Lo stesso si può dire relativamente al ginecologo. Questa discrepanza resta di difficile interpretazione: le famiglie potrebbero non essersi rivolte a queste figure professionali oppure potrebbero aver interagito con queste figure professionali per altre

motivazioni e non aver affrontato la questione della vaccinazione. La fiducia riportata in queste figure professionali fa ipotizzare che un ruolo attivo di informazione e promozione della vaccinazione svolto dal medico di base, pediatra o ginecologo potrebbe trovare un terreno fertile per avviare un percorso verso una scelta consapevole sulla vaccinazione contro l'HPV.

Le informazioni ricevute dai sanitari sono considerate adeguate per prendere una posizione in merito alla vaccinazione contro l'HPV solo dal 40% delle famiglie, confermando che la popolazione in studio non si sente in possesso di nozioni e informazioni adeguate per scegliere consapevolmente. Tra le risposte menzionate dal 6% delle famiglie, che hanno indicato una risposta diversa da quella proposta, prevalgono la discordanza tra le informazioni ricevute e la poca chiarezza relativamente alla durata della protezione del vaccino (Figura 25).

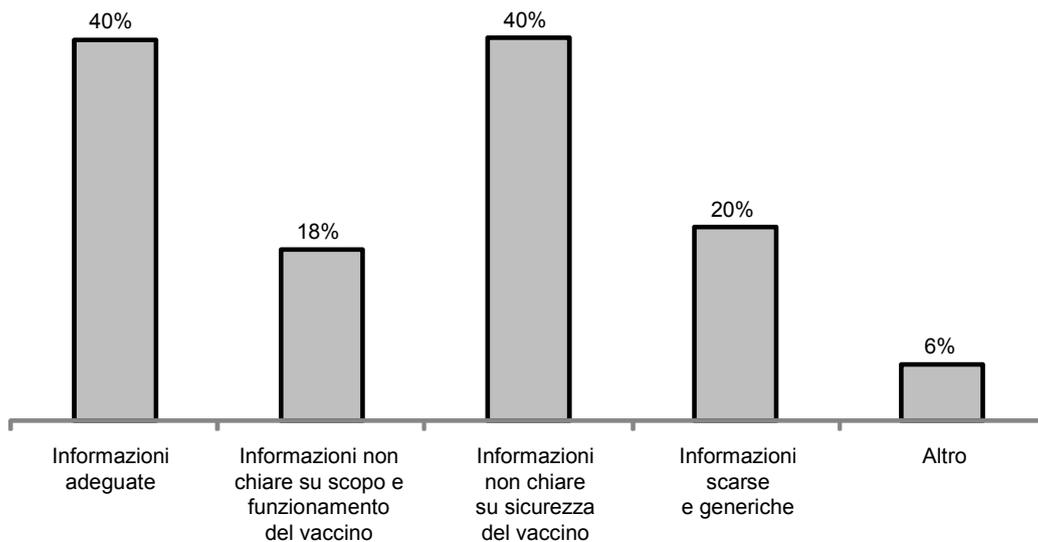


Figura 25. Opinioni delle famiglie (%) (n. 1562) sull'adeguatezza delle informazioni ricevute dagli operatori sanitari per prendere una posizione in merito alla vaccinazione contro l'HPV

Atteggiamento degli operatori sanitari verso la vaccinazione contro l'HPV

Alle famiglie è stato chiesto di indicare i suggerimenti ricevuti dal medico/pediatra di famiglia, o da altri sanitari consultati, in merito a questa vaccinazione. Nel 20% delle famiglie questo argomento non è stato affrontato con un operatore sanitario, a conferma del dato emerso dall'analisi della domanda relativa alle fonti informative utilizzate per ottenere informazioni su questa vaccinazione.

La Figura 26 riporta il parere espresso dal pediatra/medico di famiglia (o altri sanitari consultati) sull'opportunità di vaccinare la ragazza contro l'HPV, tra coloro che hanno affrontato questo argomento con un operatore sanitario (n. 1358). In questo campione di genitori, che non ha fatto vaccinare la figlia, soltanto nel 31% dei casi l'operatore sanitario consultato ha raccomandato di effettuare la vaccinazione. Nel 27% dei casi la vaccinazione è stata sconsigliata (16%) oppure è stato dato il consiglio di posticipare la somministrazione (11%); nel 12% dei casi l'operatore consultato non ha espresso alcun parere sulla vaccinazione. Il 28% delle famiglie ha riportato di aver ricevuto pareri contrastanti tra diversi operatori sanitari consultati.

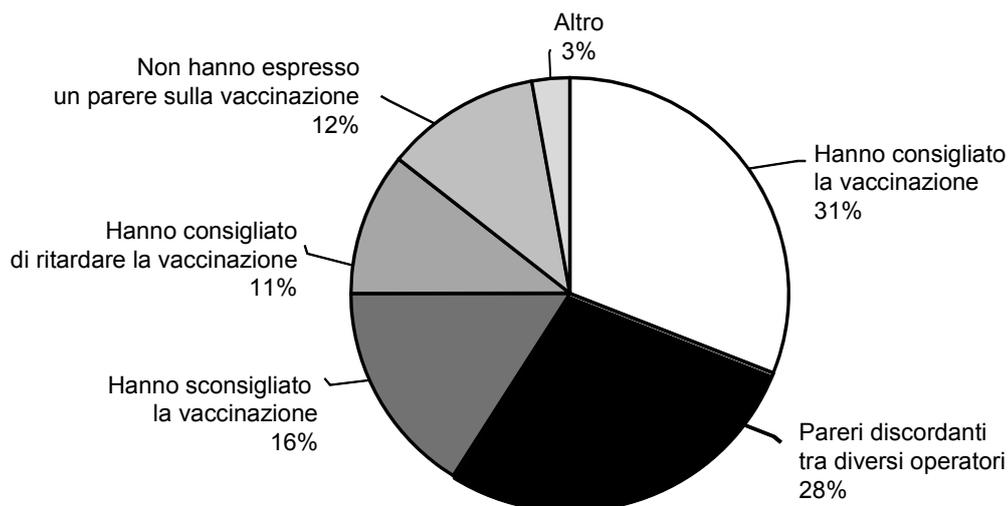


Figura 26. Atteggiamento del medico/pediatra di famiglia (o altri operatori sanitari consultati) verso la vaccinazione contro l'HPV come riferito dalle famiglie (%) (n. 1358)

In una popolazione che ha dichiarato gli operatori sanitari tra le fonti più affidabili per avere informazioni sulla vaccinazione contro l'HPV, il parere contrario o non concorde degli operatori sanitari consultati potrebbe avere avuto un peso rilevante sulla decisione di non aderire al programma vaccinale.

Percezione del rischio di infezione da HPV

Alle famiglie è stato chiesto se ritenevano che la loro figlia potesse essere a rischio di acquisire l'infezione da HPV in futuro e solo il 34% delle famiglie rispondenti ha risposto positivamente (Figura 27).

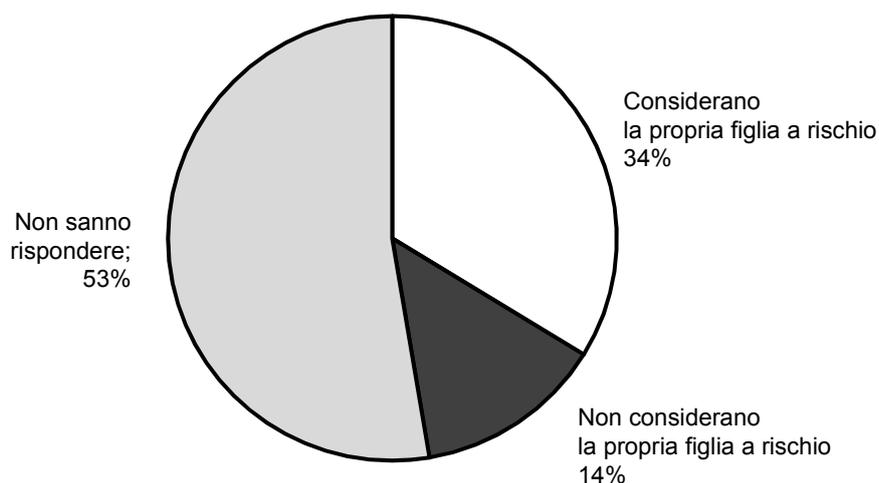


Figura 27. Percezione del rischio di infezione da HPV per la propria figlia riferita dalle famiglie (%) (n. 1664)

La proporzione di famiglie che considera la propria figlia a rischio di infezione da HPV è maggiore tra chi ha ricevuto informazioni sia da operatori sanitari che da fonti informative diverse (330/844, 39%) rispetto a chi ha ottenuto informazioni solo da operatori sanitari (98/321, 31%) o solo da fonti diverse (104/345, 30%) ($p=0.002$); è maggiore tra le famiglie che hanno ricevuto informazioni da più fonti (25% se ha utilizzato al massimo una fonte, 34% se ha ricevuto informazioni da 2 o 3 fonti, 46% se da 4 o più, $p=0,000$).

Livello di conoscenza su infezione da HPV e vaccinazione

Per esplorare il livello di conoscenza in tema di HPV delle famiglie delle ragazze selezionate, sono state proposte 10 affermazioni relative all'infezione da HPV e alla relativa vaccinazione ed è stato chiesto loro di indicare "Vero/Falso/Non so" (Figura 28).

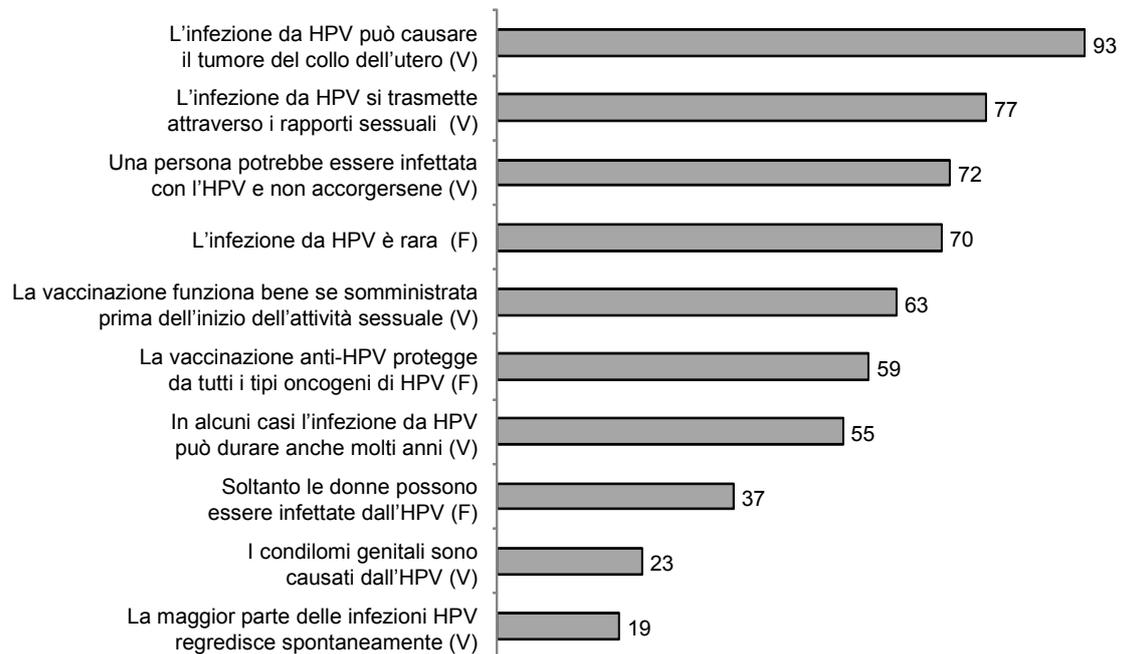


Figura 28. Famiglie (%) che hanno risposto correttamente alle domande su HPV e vaccinazione (accanto a ogni domanda è indicata la risposta corretta: V=vero, F=falso)

Su 10 domande, ogni famiglia ha risposto correttamente in media a 5,6 domande (mediana: 6). Il 54% ha indicato più di 5 risposte corrette.

La relazione causale tra infezione da HPV e cervicocarcinoma è stata acquisita dalla quasi totalità delle famiglie (93%). Il 77% sa che l'infezione da HPV si trasmette attraverso i rapporti sessuali; il 72% è consapevole che una persona potrebbe essere infettata con l'HPV e non accorgersene e il 70% sa che l'infezione da HPV non è rara. Tuttavia, sebbene il 70% sa che l'infezione da HPV è frequente, solo il 19% sa che la maggior parte delle infezioni regredisce spontaneamente e il 55% sa che in alcuni casi può durare molti anni. Al 77% è chiaro che l'infezione si trasmette per via sessuale, ma solo il 37% sa che anche l'uomo può essere infettato. Il 60% sa che l'HPV non protegge da tutti i tipi oncogeni da HPV. Meno del 30% sa che anche i condilomi possono essere causati dall'HPV.

Il 63% sa che la vaccinazione ha maggiore efficacia se somministrata prima dell'inizio dell'attività sessuale; questa è un'informazione essenziale per comprendere perché una vaccinazione per un'infezione che si trasmette per via sessuale venga offerta e raccomandata alle dodicenni. Il 35% dei genitori che hanno riportato che la giovane età della figlia, non ancora sessualmente attiva, ha pesato molto o abbastanza sulla decisione di non vaccinarla, non sapeva che l'efficacia della vaccinazione è maggiore se somministrata prima dell'avvio dei rapporti sessuali.

Nonostante il 77% della popolazione in studio sa che l'infezione si trasmette per via sessuale e il 70% è consapevole che si tratta di un'infezione frequente, soltanto il 34% ritiene che in futuro la propria figlia possa essere a rischio di contrarre questo virus (vedi Figura 27).

In questo campione di genitori che non hanno aderito al programma vaccinale, le conoscenze sull'HPV e la sua prevenzione sono parziali; mentre alcune nozioni sono state acquisite dalle famiglie, altri aspetti di questa tematica non sono stati compresi. È importante tenere a mente che ci stiamo riferendo a una popolazione selezionata, cioè a genitori di ragazze target dell'offerta vaccinale, che hanno ricevuto un invito alla vaccinazione nominativo indirizzato alla propria figlia. Benché la conoscenza non rappresenti un predittore certo della modificazione dei comportamenti in ambito sanitario tuttavia rappresenta un prerequisito essenziale per una scelta consapevole. Un livello alto di conoscenza su HPV (definito come l'aver risposto correttamente ad oltre 5 delle 10 domande proposte) è risultato associato ai seguenti fattori: residenza nel Nord o Centro Italia, cittadinanza italiana, alto titolo di studio dei genitori, effettuazione regolare del pap-test e maggior numero di fonti informative consultate (Tabella 30).

Tabella 30. Risultati dell'analisi univariata e multivariata per identificare i determinanti di un alto livello di conoscenza su HPV e vaccinazione

Variabili		Famiglie con alto livello di conoscenza* n (%)	Analisi univariata		Analisi multivariata	
			OR _{crudo}	95%CI	OR _{agg}	95%CI
Area geografica	<i>Nord</i>	747 (55,0)	2,06	1,42-2,99	1,79	1,17-2,75
	<i>Centro</i>	115 (56,7)	2,20	1,40-3,47	1,73	1,04-2,89
	<i>Sud</i>	48 (37,2)	1	-	1	-
Cittadinanza	<i>Italiana</i>	901 (55,4)	4,68	2,52-8,69	3,03	1,55-5,91
	<i>Non italiana</i>	13 (21,0)	1	-	1	-
Altre vaccinazioni	<i>Tutte quelle proposte</i>	724 (53,0)				
	<i>Solo alcune/nessuna</i>	186 (58,1)				
Altri figli >16 anni in famiglia	<i>≥1</i>	868 (54,8)				
	<i>0</i>	43 (39,1)				
Titolo di studio dei genitori	<i>Almeno 1 con diploma o laurea</i>	821 (59,7)	3,76	2,87-4,92	3,10	2,33-4,15
	<i>Altro</i>	88 (28,3)	1	-	1	-
Età dei genitori	<i>Almeno 1 con < 45 anni</i>	464 (50,5)	1,34	1,10-1,62		
	<i>Altro</i>	440 (57,7)	1	-		
Occupazione dei genitori	<i>Almeno 1 lavora</i>	863 (54,5)				
	<i>Altro</i>	22 (45,8)				
Abitudine al fumo dei genitori	<i>Almeno 1 non/ex fumatore</i>	808 (55,2)	1,89	1,27-2,81		
	<i>Altro</i>	97 (46,0)	1	-		
Attitudine della mamma vs il pap-test	<i>Effettuato regolarmente</i>	849 (58,7)	3,99	2,86-5,57	2,66	1,85-3,84
	<i>Mai o non regolarmente effettuato</i>	52 (26,3)	1	-	1	-
N. fonti informative consultate	<i>0-1</i>	156 (33,0)	1	-	1	-
	<i>2-3</i>	525 (58,3)	2,84	2,25-3,59	2,30	1,79-2,96
	<i>≥ 4</i>	229 (72,9)	5,47	4,00-7,49	3,96	2,84-5,53

*Il livello di conoscenza è definito alto se >5 domande risposte corrette; basso se ≤ 5 risposte corrette

La proporzione di genitori che considera la propria figlia a rischio di HPV in futuro aumenta all'aumentare del numero di risposte corrette: dal 9,1% di chi ha dato 1 sola risposta corretta al 59,2% di chi ha risposto correttamente a tutte le domande ($p=0,000$, Chi-square for trend) (Figura 29).

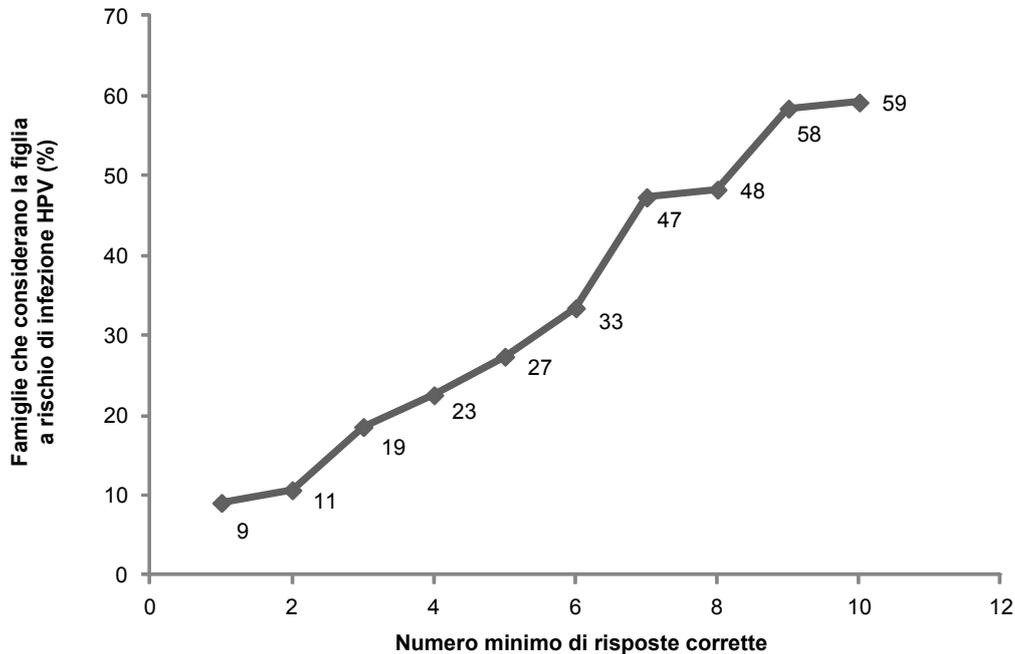


Figura 29. Famiglie (%) che considerano la figlia a rischio di infezione da HPV per numero minimo di risposte corrette fornite

Percezione del proprio livello di informazione su infezione da HPV e vaccinazione

Solo il 35% (600/1710) delle famiglie si sente sufficientemente informato su infezione da HPV e vaccinazione contro l'HPV. Il 46% (787/1710) non si sente sufficientemente informato e il 19% (323/1710) non sa rispondere. Questo dato conferma ancora una volta che la popolazione in studio possiede scarse informazioni, non adeguate per prendere una decisione consapevole.

In particolare, si ritiene sufficientemente informato il 41% (357/863) di chi ha ricevuto informazioni sia da operatori sanitari che da fonti informative diverse, il 35% (117/334) di chi ha ottenuto informazioni solo da operatori sanitari e il 25% (89/357) solo da fonti diverse ($p=0,000$). Si sente più informato chi ha ricevuto informazioni da un maggior numero di fonti (25% se ha utilizzato al massimo una fonte, 36% se ha ricevuto informazioni da 2 o 3 fonti, 50% se da 4 o più, $p=0,000$). Come atteso, le famiglie con un livello di conoscenza più elevato si sentono più informate su questo tema ($p=0,000$).

Intenzione di far vaccinare la propria figlia

Delle famiglie che hanno partecipato al progetto, il 22% (377/1708) ha espresso l'intenzione di far vaccinare la figlia, il 29% (504/1708) non ha ancora preso una decisione, il 20%

(339/1708) non ha intenzione di far vaccinare la propria figlia, il 29% (488/1708) afferma che in futuro sarà la figlia a prendere una decisione in merito. Pertanto il 51% delle famiglie mostra un atteggiamento di apertura verso la vaccinazione e le loro figlie potrebbero essere recuperate.

Atteggiamento delle famiglie verso le vaccinazioni in generale

Ai genitori sono state proposte sei affermazioni riguardanti le vaccinazioni in generale ed è stato chiesto loro di riportare il grado di accordo con tali affermazioni (Figura 30).

L'81% ritiene che le vaccinazioni hanno un ruolo fondamentale nella salute dei bambini (sono d'accordo o molto d'accordo con questa affermazione). Tuttavia, quasi la metà delle famiglie (48%) considera le vaccinazioni pericolose e un altro 48% ritiene che le vaccinazioni raccomandate ai bambini siano troppe.

La proporzione di famiglie che considera le vaccinazioni pericolose è consistente (quasi la metà), indicando che il timore degli eventi avversi non è legata solo alla vaccinazione per l'HPV ma a tutte le vaccinazioni in generale. Un counselling trasparente e chiaro sui potenziali eventi avversi potrebbe aumentare la compliance della popolazione alle vaccinazioni.

Il 31% ritiene che, se una vaccinazione viene raccomandata dal pediatra/medico di famiglia, è sicura; il 31% ritiene che, se una vaccinazione è obbligatoria, è sicura; il 24% ritiene che, se una vaccinazione viene raccomandata dal Ministero della Salute, è sicura.

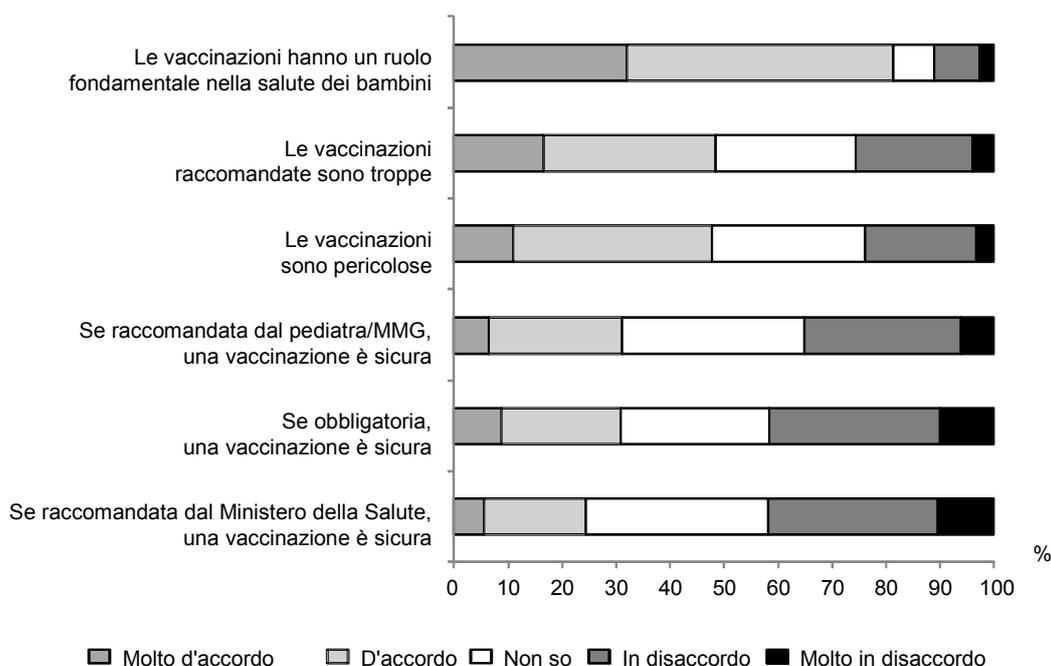


Figura 30. Atteggiamento delle famiglie (%) verso le vaccinazioni in generale

Proporzione di ragazze vaccinate dopo VALORE

Il numero di ragazze, tra quelle selezionate per la partecipazione a VALORE, che si sono recate presso il servizio vaccinale per vaccinarsi contro l'HPV successivamente alla richiesta di compilazione del questionario, è noto per 29/56 ASL. Relativamente a queste ASL, 791/8538 ragazze (9%) sono state vaccinate, con un range pari a 2-34% tra le ASL.

Limiti e punti di forza della ricerca

Questo studio rappresenta la prima ricerca condotta a livello nazionale finalizzata a raccogliere il punto di vista di un campione consistente di famiglie di ragazze che non hanno aderito alla vaccinazione contro l'HPV, pur essendo state attivamente invitate a recarsi presso i servizi vaccinali.

La limitazione più rilevante di questa ricerca è costituita dalla scarsa rappresentatività del campione a livello nazionale. La maggior parte delle ASL partecipanti sono localizzate nel Nord Italia; in particolare il 76% delle ragazze arruolate risiedono in tre Regioni (Emilia-Romagna, Piemonte, Veneto) del Nord Italia.

Inoltre il basso tasso di rispondenza al questionario, pari al 15%, potrebbe aver comportato un bias di selezione. Non conoscendo le caratteristiche socio-demografiche dei non rispondenti, non possiamo valutare se i rispondenti al questionario siano rappresentativi di tutte le famiglie di ragazze che non hanno aderito alla vaccinazione. Un'altra limitazione è rappresentata dalla mancanza di un gruppo di confronto di famiglie di ragazze vaccinate.

A causa del basso tasso di rispondenza non è stato possibile ottenere stime a livello di ASL e Regione, pertanto i risultati sono stati analizzati solo a livello globale. La modalità utilizzata per la raccolta dei dati, cioè un questionario cartaceo inviato e da re-inviare via posta, è stata scelta per ridurre al minimo il carico di lavoro dei servizi vaccinali, nonostante la consapevolezza che potesse ridurre il tasso di rispondenza.

Analizzando le risposte aperte del questionario sono emersi tre aspetti che nella costruzione del questionario non sono stati considerati: mancanza di dati a lungo termine di efficacia e immunogenicità; protezione limitata ad alcuni ceppi di HPV; percezione che l'offerta vaccinale potesse mascherare un business economico.

Sintesi dei principali risultati

Questo studio ci ha permesso di esplorare il punto di vista delle famiglie di quelle ragazze che, pur essendo state attivamente invitate a recarsi presso i servizi vaccinali, non hanno aderito alla vaccinazione contro l'HPV. Dall'analisi dei questionari raccolti è emersa una popolazione che:

- ha paura degli eventi avversi della vaccinazione contro l'HPV e delle vaccinazioni in generale;
- non si sente sufficientemente informata su HPV e vaccinazione per poter prendere una decisione in merito alla vaccinazione;
- ha ricevuto dagli operatori sanitari pareri contrari su questa vaccinazione o messaggi incoerenti tra diversi operatori sanitari;
- ha un livello di conoscenza parziale su HPV e vaccinazione (solo il 54% delle famiglie ha risposto correttamente a più della metà delle domande).

Inoltre i risultati di questo studio evidenziano che:

- circa il 20% delle famiglie non si è rivolto ad alcun operatore sanitario;
- tra chi si è rivolto ad operatori sanitari, soltanto il 31% ha ricevuto un parere favorevole sulla vaccinazione;
- solo il 40% considera le informazioni ricevute dagli operatori sanitari adeguate per prendere una decisione in merito alla vaccinazione;
- solo il 34% delle famiglie rispondenti considerano la propria figlia a rischio di contrarre l'infezione da HPV in futuro.

Relativamente alle fonti informative è emerso che:

- le fonti più utilizzate per ottenere informazioni su HPV e vaccinazione sono state, in ordine di importanza, il pediatra/medico di famiglia, amici/parenti, internet e il ginecologo;
- anche se gli operatori sanitari restano la fonte informativa più utilizzata, i genitori si mostrano molto attivi nella ricerca di informazioni da altre fonti;
- il pediatra/medico di base e il ginecologo sono ritenuti le fonti informative più affidabili per avere informazioni su HPV e vaccinazione;
- una quota pari a circa il 30% di coloro che ritengono il pediatra/medico di famiglia e il ginecologo le fonti più importanti per ottenere informazioni sulla vaccinazione per l'HPV, non ha ottenuto informazioni attraverso questi canali informativi;
- gli operatori sanitari dei servizi vaccinali sono stati consultati soltanto dal 25% dei rispondenti e indicati tra le tre fonti più affidabili dal 34%.

Una quota di adolescenti non è stata raggiunta dall'offerta.

Discussione

La popolazione in studio (genitori di figlie che, sebbene invitate, non hanno aderito alla vaccinazione contro l'HPV) risulta una popolazione confusa e poco informata, che non si sente padrona di nozioni e informazioni adeguate per poter prendere una decisione sulla vaccinazione contro l'HPV. In una popolazione che considera gli operatori sanitari tra le fonti più affidabili per ottenere informazioni sulla vaccinazione contro l'HPV, il parere contrario o non concorde degli operatori sanitari consultati potrebbe aver avuto un peso importante sulla decisione di non aderire al programma vaccinale. La decisione di non accettare la vaccinazione potrebbe essere una conseguenza della poca chiarezza su questa tematica, più che di una consapevole intenzione di rifiutare la vaccinazione.

Per migliorare l'adesione alla vaccinazione contro l'HPV, riteniamo necessario rafforzare la formazione degli operatori sanitari sull'HPV e la sua prevenzione, includendo gli aspetti legati alla comunicazione.

Nell'ambito del processo comunicativo, la comunicazione di massa e la comunicazione interpersonale tra ragazze/famiglie e operatore sanitario rappresentano due componenti che si integrano e completano; riteniamo, tuttavia, che la comunicazione interpersonale sia prioritaria per le vaccinazioni; questo è ancor più vero per la vaccinazione contro l'HPV per cui il messaggio da trasmettere è particolarmente complesso. La vaccinazione per l'HPV, infatti, ha delle caratteristiche che la differenziano dalle altre vaccinazioni: ha come obiettivo la prevenzione di infezioni e lesioni associate allo sviluppo di un tumore; non ha un target pediatrico ma è indirizzata a ragazze pre-adolescenti e previene una malattia che colpisce prevalentemente l'adulto ovvero che si manifesta più di venti anni dopo la vaccinazione. I vaccini per l'HPV conferiscono protezione solo verso alcuni tipi di HPV e hanno un'efficacia maggiore se somministrati a soggetti mai infettati precedentemente. Tutte queste informazioni devono essere trasmesse durante la promozione della vaccinazione a un duplice uditorio: la ragazza candidata alla vaccinazione e i genitori. È inoltre importante che venga comunicato in modo chiaro che la ragazza, anche se vaccinata, dovrà comunque partecipare ai programmi di screening oncologico (pap-test), che in Italia coinvolgono attivamente le donne tra i 25 e i 64 anni per ridurre l'incidenza dei tumori del collo dell'utero.

È fondamentale quindi che l'offerta della vaccinazione sia sempre preceduta da un counselling adeguato, con dati a disposizione per affrontare tutti gli argomenti sopra proposti con trasparenza, chiarezza ed esaustività.

In particolare è necessario migliorare l'informazione sui dati relativi alle reazioni avverse della vaccinazione contro l'HPV, e di tutte le vaccinazioni in generale. La paura degli eventi avversi è stata indicata come la principale barriera alla vaccinazione e circa la metà dei rispondenti considera pericolose tutte le vaccinazioni. Questo risultato è in accordo con recenti revisioni della letteratura internazionale (8, 9, 12) che hanno rilevato che i dubbi sulla sicurezza del vaccino rappresentano un ostacolo rilevante per la vaccinazione contro l'HPV nei numerosi studi considerati. I vaccini sono vittime del loro successo: essendo notevolmente diminuita l'incidenza di molte malattie prevenibili da vaccino, il verificarsi di effetti collaterali fa più notizia dei casi evitati con la vaccinazione. Affrontare onestamente e con dati alla mano il rapporto tra rischi delle vaccinazioni da un lato e pericolosità delle malattie dall'altro potrebbe essere la chiave per ridurre il timore verso le vaccinazioni in generale e viverle con più serenità.

Inoltre, gli operatori sanitari che sono coinvolti nella scelta decisionale sulla vaccinazione contro l'HPV, come ad esempio gli operatori dei servizi vaccinali, si devono confrontare con le ragazze e le famiglie su tematiche di natura sessuale, che quotidianamente non sono abituati a gestire e che necessitano di una specifica esperienza. Nello stesso modo altri operatori, come ad esempio i ginecologi, si trovano a parlare di vaccinazioni addentrandosi in un mondo complesso che ha bisogno di competenze specifiche.

Come accade per molte tematiche di sanità pubblica, anche per le vaccinazioni la collaborazione tra le diverse figure professionali (sanitarie e non sanitarie) è indispensabile per garantire la massima efficacia di uno strumento prezioso che ha permesso l'eliminazione e riduzione di molte malattie infettive.

È necessario potenziare e ridefinire il ruolo dei centri vaccinali, per cui diventino un punto di riferimento nella prevenzione delle malattie prevenibili da vaccino. È sorprendente che solo il 25% dei rispondenti abbia ricevuto informazioni sulla vaccinazione contro l'HPV dagli operatori vaccinali e che solo il 34% li menzioni tra le fonti più rilevanti. Anche PreGio, un progetto italiano sulla vaccinazione contro l'HPV condotto a livello nazionale, ha riportato che solo il 12% di un campione di donne di 18-26 anni aveva indicato il servizio vaccinale come la fonte da cui avrebbe preferito ottenere informazioni sulla vaccinazione contro l'HPV (6). L'organizzazione del sistema sanitario italiano, in cui le vaccinazioni sono offerte e somministrate quasi esclusivamente in centri pubblici dedicati, dovrebbe riservare a tali servizi un ruolo centrale per le tematiche legate alla prevenzione attraverso la vaccinazione, con operatori con esperienza specifica.

È evidente che questo implica una riorganizzazione del servizio vaccinale affinché non sia soltanto un luogo per la somministrazione dei vaccini, ma un servizio che garantisca l'offerta attiva delle vaccinazioni con appropriate modalità di counselling. Il counselling pre- e post-vaccinale dovrebbe diventare parte integrante della pratica vaccinale; l'atto della vaccinazione dovrebbe rappresentare il momento finale di un processo comunicativo che permetta l'istaurarsi di un rapporto di fiducia tra la famiglia e il servizio e che metta la famiglia in condizione di effettuare una scelta consapevole. Pertanto ogni seduta vaccinale dovrebbe essere pianificata considerando un intervallo di tempo adeguato per affrontare tutti gli aspetti sopra descritti in un sereno colloquio ed esaustivo, che potrà concludersi con la somministrazione del o dei vaccini.

I servizi vaccinali dovrebbero lavorare in stretta collaborazione con gli operatori sanitari del territorio, in particolare MMG, pediatri e ginecologi, che rappresentano un anello di congiunzione cruciale tra la famiglia e il centro vaccinale. Nella nostra ricerca, il pediatra/medico di base e il ginecologo sono considerate le fonti informative più rilevanti per

ottenere informazioni su HPV e vaccinazione, indicate rispettivamente dal 79% e dal 61% dei rispondenti.

È importante la creazione di un network tra operatori dei centri vaccinali e le altre figure professionali, una rete operativa coordinata dagli operatori dei centri vaccinali stessi che dovrebbero possedere l'esperienza necessaria per identificare gli strumenti comunicativi adeguati per raggiungere la popolazione e per coinvolgere e aggiornare gli operatori del territorio. La collaborazione tra operatori deve prevedere la condivisione in equipe del messaggio da trasmettere, affinché la comunicazione sia coerente e concordata. Un messaggio disomogeneo tra diversi operatori e la discordanza tra l'esistenza di una raccomandazione nazionale e le opinioni degli operatori che offrono tale vaccinazione sul territorio sono destabilizzanti per la famiglia, rendendone complicato il percorso decisionale. Nel nostro campione, la discordanza tra le informazioni sulla vaccinazione contro l'HPV ricevute da diversi professionisti sanitari consultati ha avuto un peso importante per il 65% delle famiglie. Il parere contrario alla vaccinazione contro l'HPV espresso dai pediatri/medici di famiglia o da altri operatori sanitari ha pesato molto/abbastanza sulla decisione di non vaccinare per il 39% dei rispondenti. Gli operatori del territorio dovrebbero essere in grado, attraverso una formazione specifica, di fornire le informazioni chiave necessarie perché il genitore possa effettuare una scelta consapevole sulla vaccinazione oppure indirizzare il genitore al centro vaccinale di riferimento. Numerosi studi nazionali e internazionali (6-10) sono concordi nel ritenere che il consiglio di un medico di fiducia rappresenti il fattore principale per l'accettazione della vaccinazione contro l'HPV e delle vaccinazioni in generale.

Nel nostro studio, il pediatra/medico di base e il ginecologo sono considerati la fonte più affidabile di informazioni sulla vaccinazione contro l'HPV rilevante dall'80 e il 64% dei rispondenti, rispettivamente. Di questi, tuttavia, circa un 30% non ha ottenuto informazioni da tali figure professionali. Pertanto, un ruolo più attivo di informazione e offerta della vaccinazione svolto dal medico di base, pediatra o ginecologo troverebbe presumibilmente un terreno fertile per avviare un percorso decisionale verso una scelta consapevole sulla vaccinazione.

La classe medica può rispondere ancora in modo significativo ai bisogni della popolazione, godendo di una certa fiducia da parte della popolazione; viene, però, messa sempre di più a confronto con altre fonti di informazioni esterne al sistema sanitario. Tra le fonti considerate più rilevanti, dopo il pediatra/medico di famiglia e il ginecologo, viene menzionato il web consultato dal 34% delle famiglie. Poiché la maggior parte delle pagine web italiane sulle vaccinazioni riportano posizioni negative rispetto alle vaccinazioni (23), potrebbe essere utile intervenire sul sistema di informazione sulle vaccinazioni su web, attraverso un maggior attivismo dell'istituzione su Internet, fornendo informazioni chiare, complete e trasparenti, monitorando i siti dei movimenti antivaccinatori e intervenendo sui contenuti considerati fuorvianti.

Anche se la quota di famiglie straniere rappresenta solo il 5% della popolazione in studio, sembra che l'accesso alle informazioni e al servizio vaccinale sia più problematico rispetto alla popolazione con nazionalità italiana, pertanto migliorare l'accesso delle famiglie non italiane all'informazione potrebbe favorirne l'adesione alla vaccinazione.

I problemi di tipo logistico legati all'organizzazione dei servizi vaccinali e accesso all'offerta sembrano aver influito marginalmente sull'adesione alla vaccinazione. Resta però che il 7% dei questionari inviati nella nostra ricerca sono tornati al mittente (con una punta superiore al 20% in alcune ASL); inoltre il 7% dei rispondenti ha dichiarato di non aver ricevuto alcun invito. È evidente che una quota non trascurabile di ragazze non è stata raggiunta dall'invito attivo alla vaccinazione e che in alcune realtà l'aggiornamento sistematico dei dati anagrafici degli archivi vaccinali potrebbe facilitare il raggiungimento della popolazione target dell'offerta vaccinale.

Conclusioni e raccomandazioni

Alla luce di quanto detto, per migliorare l'adesione alla vaccinazione contro l'HPV e alle altre vaccinazioni, si ritengono utili le seguenti azioni:

- investire sulla formazione degli operatori sanitari, inclusi gli aspetti legati al counselling;
- migliorare la comunicazione delle informazioni e dei dati relativi alle reazioni avverse al vaccino, affinché sia completa, chiara e trasparente;
- ristrutturare i servizi vaccinali per garantire un'offerta attiva delle vaccinazioni con appropriate modalità di counselling pre- e post-vaccinale;
- potenziarne il ruolo come punto di riferimento per le vaccinazioni sia per la popolazione che per gli operatori sanitari del territorio (medici di base, pediatri, ginecologi);
- creare una rete tra servizi vaccinali e operatori del territorio per lavorare in stretta collaborazione, identificando un messaggio omogeneo e concordando gli strumenti comunicativi adeguati per l'offerta attiva della vaccinazione;
- incrementare l'attivismo delle istituzioni sul web.

OPINIONI E ATTEGGIAMENTO VERSO LA VACCINAZIONE CONTRO L'HPV: IL PUNTO DI VISTA DEGLI OPERATORI SANITARI

Introduzione

L'operatore sanitario, secondo numerosi lavori riportati nella letteratura nazionale e internazionale (6-10), gioca un ruolo fondamentale nel processo decisionale delle famiglie in merito alla vaccinazione contro l'HPV e le vaccinazioni in generale. In Italia studi per conoscere la prospettiva degli operatori sanitari sulla vaccinazione contro l'HPV sono stati condotti in occasione dell'introduzione della vaccinazione in Italia o subito dopo (24-26). A distanza di quattro anni dall'introduzione della stessa, nell'ambito del progetto VALORE, si è ritenuto utile approfondire il punto di vista degli operatori coinvolti, a vario titolo, nell'offerta e promozione di questa vaccinazione, attraverso un'indagine online e uno studio qualitativo condotti dal CNESPS dell'ISS al fine di conoscere opinioni e attitudini degli operatori sanitari verso la vaccinazione contro l'HPV. In questo capitolo viene descritta l'indagine online; lo studio qualitativo è descritto nel capitolo seguente.

Metodi

Questa indagine è stata condotta nel periodo febbraio-aprile 2013, attraverso la compilazione di un questionario elettronico rivolto agli operatori sanitari, al fine di conoscere il loro punto di vista e atteggiamento verso la vaccinazione contro l'HPV.

Popolazione in studio

L'indagine era rivolta a tutti gli operatori sanitari coinvolti, a diverso titolo, nell'offerta della vaccinazione contro l'HPV.

Per raccogliere le informazioni è stato utilizzato "SurveyMonkey", un software per la compilazione dei questionari online.

L'invito a partecipare all'indagine è giunto agli operatori tramite varie fonti. Sono state contattate le associazioni di categoria, il portale di epidemiologia del CNESPS EpiCentro, i referenti regionali e di ASL per le vaccinazioni, al fine di divulgare, tramite pubblicazione su siti Internet ufficiali o invio tramite e-mail, il link per accedere alla compilazione online del questionario. L'indagine è stata svolta, quindi, su un campione di convenienza di operatori sanitari.

Questionario

Il questionario, sviluppato dopo una ricerca bibliografica focalizzata sull'atteggiamento degli operatori sanitari verso la vaccinazione contro l'HPV, è composto da 11 domande chiuse che hanno coperto i seguenti aspetti: opinioni e attitudini verso la vaccinazione contro l'HPV, comunicazione in tema di HPV, criticità incontrate nell'offerta della vaccinazione, conoscenza sull'HPV e la sua prevenzione.

Per conoscere le opinioni degli operatori sulla vaccinazione sono state proposte nove affermazioni e il grado di accordo/disaccordo dei partecipanti è stato misurato attraverso una scala a 5 modalità (completamente in disaccordo/moderatamente in disaccordo/non ho un'opinione precisa/moderatamente d'accordo/completamente d'accordo).

Per approfondire le tematiche trattate con le famiglie durante l'offerta vaccinale, è stata proposta una lista di argomenti ed è stato chiesto agli operatori di indicare quanto si soffermassero su ognuno di essi attraverso una scala a 3 modalità (non affronto questo aspetto/affronto marginalmente questo aspetto/mi soffermo su questo aspetto).

Per comprendere le criticità riscontrate nel proporre la vaccinazione, è stata proposta una lista di potenziali difficoltà e il grado di rilevanza di ognuna è stato misurato con una scala a 3 modalità (non è stato un problema/è stato un problema rilevante/è stato un problema molto rilevante). Per le domande relative ai mezzi formativi/informativi è stata proposta una lista di fonti ed è stato chiesto ai partecipanti di indicarne l'utilità attraverso una scala a 5 modalità (non utile/poco utile/non ho un'opinione precisa/moderatamente utile/molto utile). Per gli altri aspetti, sono state proposte domande chiuse a scelta multipla, con richiesta di indicare una sola risposta. Il questionario è stato testato su un campione di convenienza di operatori sanitari, al fine di valutarne la chiarezza e facilità di compilazione e modificato secondo i suggerimenti raccolti nella fase test. Essendo il questionario anonimo e volontario, la compilazione del questionario rappresenta il consenso a partecipare allo studio. Copia del questionario è riportata in Appendice B.

Analisi statistica

L'analisi descrittiva delle risposte fornite dagli operatori è stata effettuata con il software statistico STATA 11.2 (Stata Corporation, College Station, Texas, USA). È stata effettuata un'analisi stratificata per i differenti profili professionali. Nell'analisi per profilo non è stata rappresentata la categoria "Altri operatori di sanità pubblica con/senza laurea", non essendo note le tipologie di operatori incluse in tale gruppo.

Alcuni referenti non hanno risposto a tutte le domande; di conseguenza i denominatori per ogni domanda possono variare.

Risultati

Partecipazione allo studio

Hanno partecipato allo studio 1865 operatori, la maggior parte provenienti da Regioni/PA del Nord (52%) e con oltre 50 anni (73%). Le professioni più rappresentate sono: medico di medicina generale (27%), operatore (medico o infermiere) del servizio vaccinale (27%), pediatra (20%), ginecologo (8%) (Tabella 31).

Opinioni e attitudini verso la vaccinazione contro l'HPV

La prima sezione aveva lo scopo di valutare le opinioni e attitudini degli operatori verso la vaccinazione contro l'HPV.

L'88% dei rispondenti parla abitualmente o spesso di vaccinazioni con i pazienti, l'11% ne parla solo se sono gli utenti a sollevare l'argomento, l'1% non ne parla mai o quasi mai. La Figura 31 presenta i risultati di questa domanda per profilo professionale. Gli operatori dei

servizi vaccinali e i pediatri sono le categorie che parlano di vaccinazione con i propri utenti più frequentemente (il 99% ne parla abitualmente o spesso); i medici di famiglia sono quelli che affrontano il tema vaccinazioni meno frequentemente (77%).

Tabella 31. Caratteristiche socio-demografiche degli operatori sanitari (n. e %) partecipanti all'indagine (n. 1865)

Caratteristica socio-demografica	n.	%
Regione/PA		
Abruzzo	22	1,2
Basilicata	16	0,9
Calabria	48	2,6
Campania	73	3,9
Emilia-Romagna	252	13,5
Friuli-Venezia Giulia	19	1,0
Lazio	213	11,4
Liguria	12	0,6
Lombardia	104	5,6
Marche	65	3,5
Molise	7	0,4
PA Bolzano	23	1,2
PA Trento	14	0,8
Piemonte	311	16,7
Puglia	77	4,1
Sardegna	30	1,6
Sicilia	90	4,8
Toscana	226	12,1
Umbria	27	1,4
Valle d'Aosta	17	0,9
Veneto	219	11,7
Area geografica		
Nord	971	52,1
Centro	531	28,5
Sud e isole	363	19,5
Classi di età		
< 30 anni	55	2,9
30-39 anni	106	5,7
40-49 anni	350	18,8
50-59 anni	1.051	56,4
60 anni e oltre	303	16,2
Sesso		
Femmina	1.100	59,0
Maschio	765	41,0
Professione		
Pediatra	375	20,1
Medico di medicina generale	504	27,0
Ginecologo	141	7,6
Medico del consultorio della ASL	23	1,2
Assistente sanitaria del consultorio	38	2,0
Medico del servizio vaccinale della ASL	255	13,7
Assistente sanitaria del servizio vaccinale della ASL	256	13,7
Altro operatore di sanità pubblica con laurea in medicina	97	5,2
Altro operatore di sanità pubblica senza laurea in medicina	176	9,4
Totale	1.865	

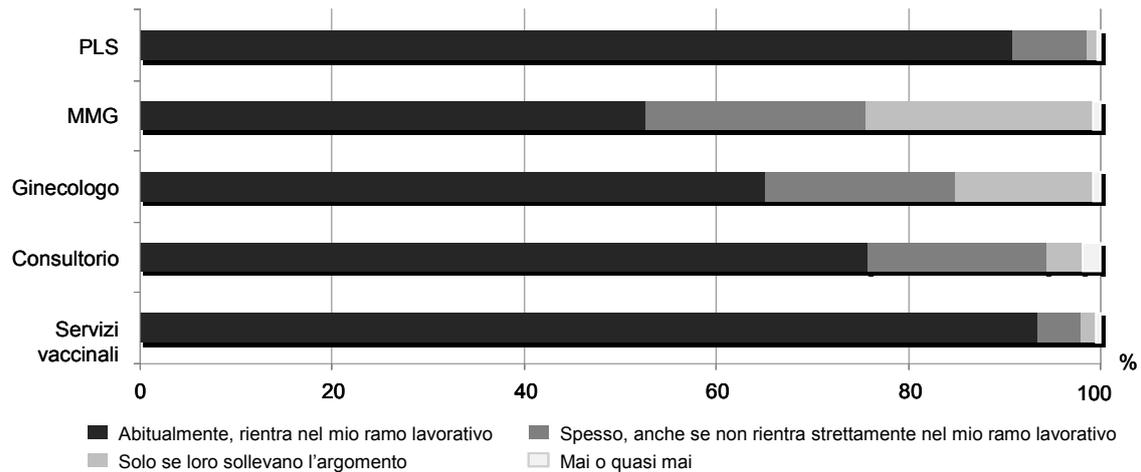


Figura 31. Frequenza con cui gli operatori sanitari (%) parlano di vaccinazioni con i propri pazienti per profilo professionale (n.1463)

Per conoscere le opinioni degli operatori sono state proposte nove affermazioni riguardanti le vaccinazioni in generale e in particolare quella contro l'HPV ed è stato chiesto loro di riportare il grado di accordo con tali affermazioni. Il 97% dei rispondenti ritiene che le vaccinazioni previste dal calendario nazionale siano uno strumento indispensabile per il controllo delle malattie infettive (è moderatamente o completamente d'accordo con quest'affermazione) e il 96% ritiene che i sanitari dovrebbero proporre ai loro pazienti le vaccinazioni raccomandate dal Ministero della Salute. La vaccinazione contro l'HPV ha un ruolo fondamentale per la prevenzione primaria del cervicocarcinoma per il 92% dei rispondenti, è utile perché protegge dai principali tipi di HPV per il 93% ed è una vaccinazione sicura per il 90% di essi. Ginecologi e MMG sono gli operatori tra cui è maggiore la proporzione in disaccordo con tali affermazioni, sebbene anche in queste categorie la maggior parte degli operatori sia in accordo con le tematiche proposte. Il 51% dei rispondenti, inoltre, ritiene che questa vaccinazione potrebbe dare un falso senso di sicurezza favorendo rapporti sessuali non protetti e il 31% che sia un business economico per le case farmaceutiche. Nelle Figure 32 e 33 sono presentate le risposte ad alcune domande stratificate per profilo professionale; dal denominatore sono stati esclusi gli operatori che hanno dichiarato di non avere un'opinione a riguardo. Il 52% dei ginecologi e il 37% degli operatori dei servizi vaccinali e dei pediatri ritiene che la vaccinazione contro l'HPV sia un business economico per le case farmaceutiche (Figura 32). La proporzione di operatori che ritiene che la vaccinazione contro l'HPV possa dare un falso senso di sicurezza nei giovani varia dal 46% degli operatori dei consultori al 58% degli MMG (Figura 33).

Circa il 20% dei rispondenti, inoltre, ritiene che prima di raccomandare la vaccinazione contro l'HPV bisognerebbe aspettare perché il vaccino è di recente introduzione (Figura 34). Il 10% degli operatori partecipanti non crede all'azione sinergica della vaccinazione contro l'HPV e dello screening ritenendo il pap-test sufficiente per prevenire il cervicocarcinoma; tale proporzione sale al 15% tra gli operatori del consultorio (Figura 35).

Agli operatori è stato chiesto se, avendo una figlia nella fascia di età target della vaccinazione, l'avrebbero fatta vaccinare contro l'HPV, e solo l'8% degli operatori rispondenti ha fornito una risposta negativa (No, non la vaccinerei o ho una figlia nella fascia di età target della vaccinazione ma abbiamo deciso di non accettare la vaccinazione contro l'HPV); il 3% non aveva un'opinione precisa. La percentuale di chi ha fornito una risposta negativa varia dal 3% tra gli operatori dei servizi vaccinali al 10% dei medici di base.

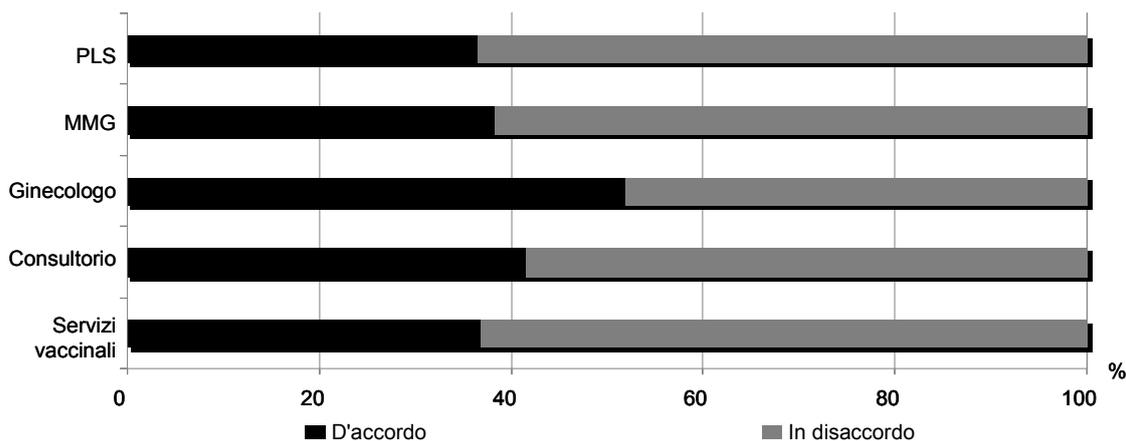


Figura 32. Grado di accordo degli operatori sanitari (%) con l'affermazione "La vaccinazione contro l'HPV è un business economico per le case farmaceutiche" (n. 1349)

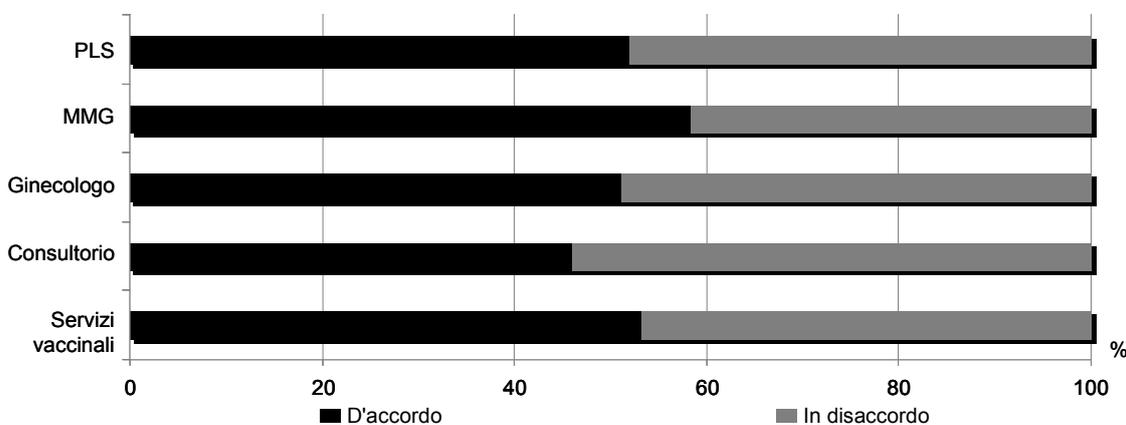


Figura 33. Grado di accordo degli operatori sanitari (%) con l'affermazione "La vaccinazione contro l'HPV potrebbe dare un falso senso di sicurezza incentivando rapporti sessuali non protetti" (n. 1601)

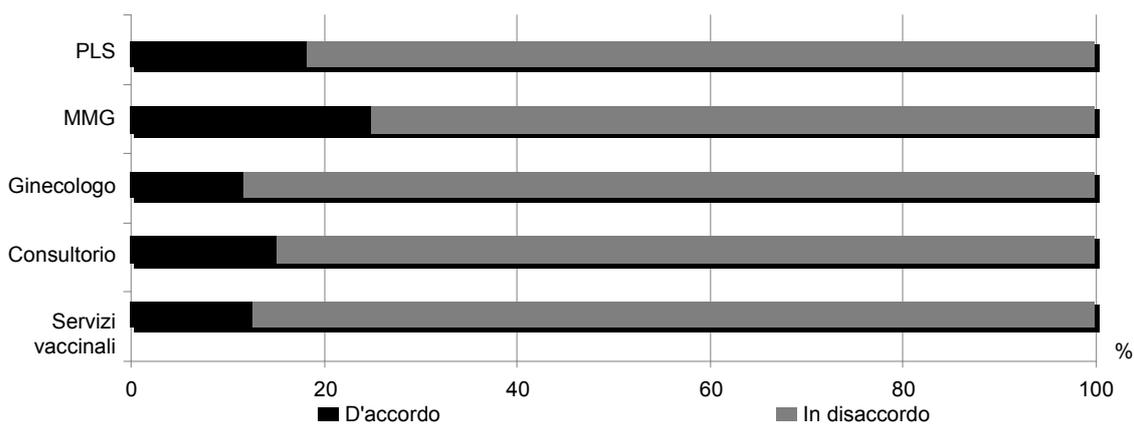


Figura 34. Grado di accordo degli operatori sanitari (%) con l'affermazione "Prima di raccomandare la vaccinazione contro l'HPV bisognerebbe aspettare perché il vaccino è di recente introduzione" (n. 1621)

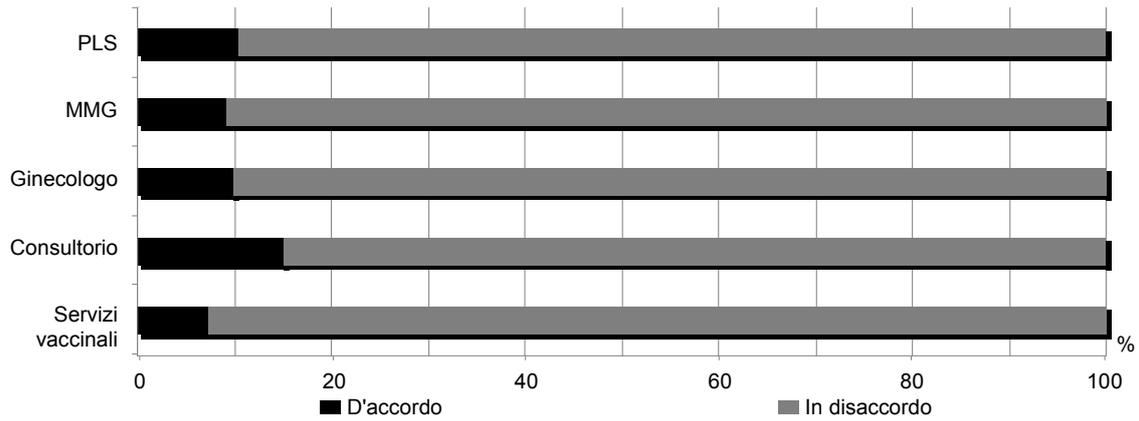


Figura 35. Grado di accordo degli operatori sanitari (%) con l'affermazione "La vaccinazione contro l'HPV non è importante poiché il pap-test è sufficiente per prevenire il cervicocarcinoma" (n. 1670)

Da questa indagine emerge una propensione positiva dei partecipanti verso la vaccinazione contro l'HPV. La maggior parte degli operatori rispondenti ha dichiarato di raccomandare la vaccinazione contro l'HPV, attivamente (80%) o se è il genitore a chiedere un parere (11%). La Figura 36 mostra le risposte a questa domanda per profilo professionale.

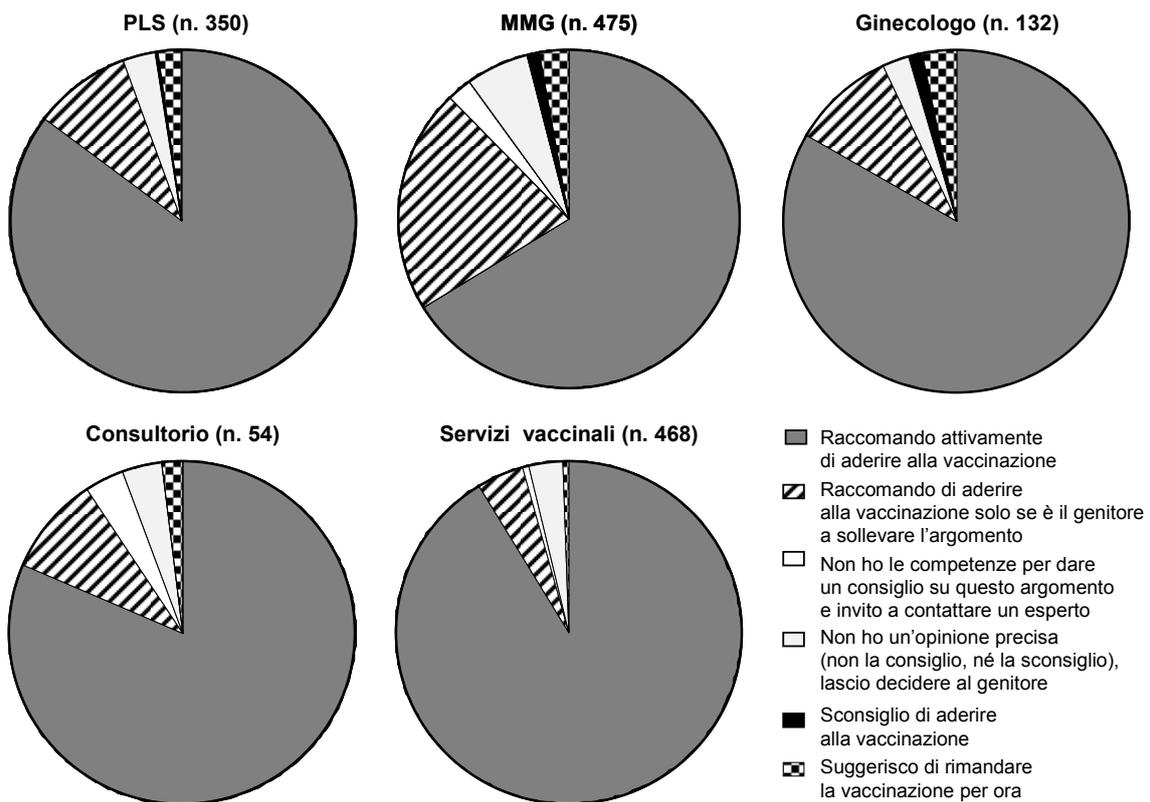


Figura 36. Atteggiamento degli operatori sanitari verso la vaccinazione contro l'HPV

È alta la percentuale di operatori dei servizi vaccinali e pediatri che svolgono un ruolo attivo nel consigliare la vaccinazione (rispettivamente il 91% e l'85%); anche la proporzione di ginecologi e consultori che raccomanda attivamente la vaccinazione supera l'80% (83% e 81% rispettivamente). La categoria con la minore quota di operatori che offrono la vaccinazione attivamente è rappresentata dai medici di base (66%). Tuttavia è alta anche la proporzione di pediatri (9%) che afferma di consigliare la vaccinazione solo se è il genitore a sollevare l'argomento. Solo l'1% degli operatori sconsiglia la vaccinazione e il 2% suggerisce di rimandarla. La proporzione di operatori che suggerisce di rimandare la vaccinazione è maggiore tra i ginecologi e i medici di base (3%).

Comunicazione in tema di vaccinazione contro l'HPV

È stato chiesto agli operatori sanitari se, nell'affrontare il tema della vaccinazione contro l'HPV, coinvolgessero abitualmente la ragazza o parlassero solo con i genitori. Tra i 1571 operatori il cui lavoro prevede il contatto con gli assistiti, il 90% è abituato a coinvolgere, quando possibile, anche la ragazza, mentre il 10% si rivolge solo al genitore. Tra gli operatori dei servizi vaccinali, la percentuale di operatori che si rivolgono solo al genitore è pari all'8%.

È stato chiesto agli operatori quanto si soffermano su vari aspetti legati alla vaccinazione contro l'HPV in occasione dell'offerta vaccinale (Tabella 32).

Tabella 32. Grado di approfondimento di aspetti legati a HPV e vaccinazione da parte degli operatori sanitari (n. e %) nella comunicazione con la famiglia

Nell'affrontare le tematiche legate alla vaccinazione contro l'HPV, fornisci informazioni sui seguenti aspetti?	Mi soffermo		Mi soffermo poco o per nulla		Rispondenti
	n.	%	n.	%	
Benefici della vaccinazione	1528	96,6	54	3,4	1582
Modalità di trasmissione dell'HPV	1426	90,1	156	9,9	1582
Rischio di contrarre l'HPV	1385	87,5	197	12,5	1582
Modalità di prevenzione del tumore del collo dell'utero attraverso il paptest	1313	83,0	261	16,5	1574
Incidenza del tumore del collo dell'utero	1217	76,9	364	23,0	1581
Possibili eventi avversi della vaccinazione	1110	70,2	471	29,8	1581

Il profilo di sicurezza della vaccinazione rappresenta l'aspetto su cui gli operatori rispondenti si soffermano meno frequentemente (68%). Gli operatori dei servizi vaccinali sono il profilo professionale che si sofferma maggiormente su questo aspetto (81%); solo il 63 e il 64% di MMG e di ginecologi rispettivamente si soffermano su questo argomento.

Gli aspetti legati all'infezione da HPV e al cervicocarcinoma (il rischio di contrarre l'HPV, la modalità di trasmissione dell'HPV, l'incidenza del tumore del collo dell'utero e l'importanza del pap-test per la sua prevenzione) sono affrontati dalla quasi totalità dei ginecologi. Il 20% dei pediatri e il 22% degli operatori dei servizi vaccinali riporta di affrontare poco o per nulla la prevenzione del tumore del collo dell'utero attraverso lo screening citologico. Solo il 67% degli operatori dei consultori e il 69% di quelli dei servizi vaccinali si soffermano sui dati di incidenza del tumore al collo dell'utero.

Per comprendere le difficoltà incontrate nella comunicazione con le famiglie, abbiamo proposto agli operatori una lista di potenziali problematiche e chiesto loro di indicare la rilevanza di ogni aspetto (Figura 37). Le difficoltà più rilevanti riscontrate dagli operatori nel comunicare i vari aspetti legati all'HPV e alla vaccinazione sono state: proporre questa vaccinazione a genitori "contrari" alle vaccinazioni (63%), affrontare questa tematica con genitori che avevano ricevuto pareri contrastanti/negativi da giornali, web e tv (57%) o da altri operatori sanitari (50%).

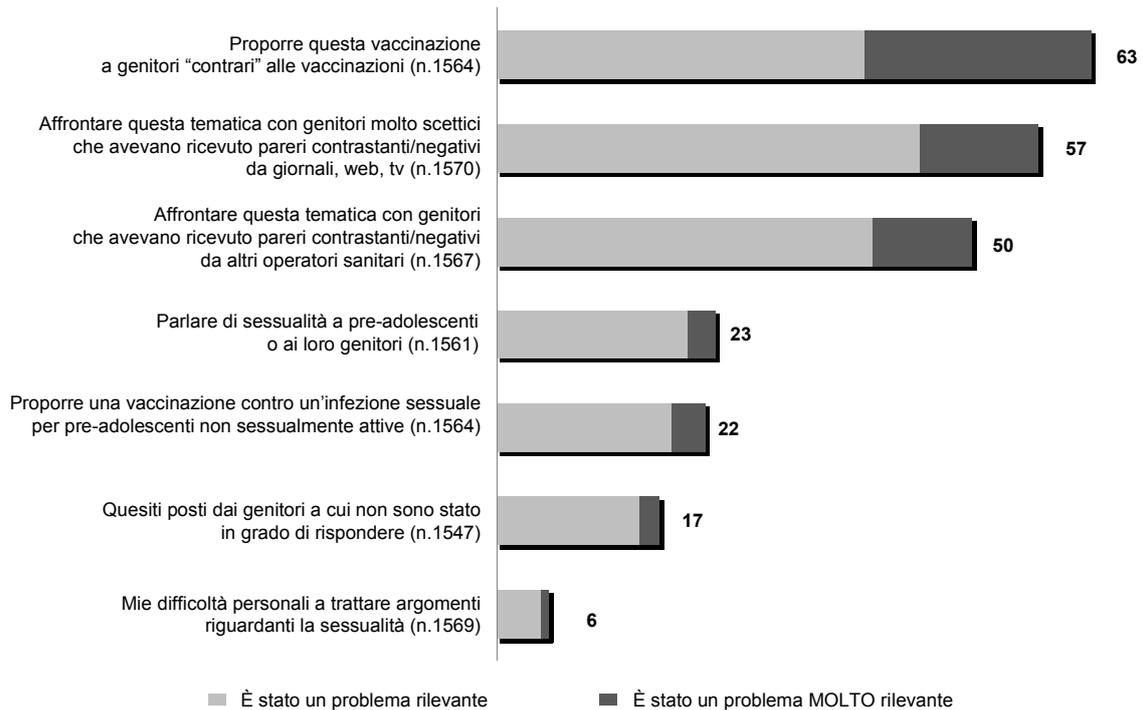


Figura 37. Operatori sanitari (%) che considerano "rilevante" o "molto rilevante" le criticità incontrate nell'offerta della vaccinazione contro l'HPV alle famiglie

Per il circa il 20% degli operatori partecipanti trattare argomenti concernenti la sfera sessuale ha rappresentato una difficoltà, in particolare il 23% ha riportato di aver incontrato difficoltà nel parlare di sessualità a pre-adolescenti o ai loro genitori e il 22% che la difficoltà era legata al fatto di proporre una vaccinazione contro un'infezione sessuale per pre-adolescenti non sessualmente attivi. Tra gli MMG queste percentuali salgono al 29% e al 27%. Questa difficoltà è stata riportata rispettivamente dal 19% e 11% dei ginecologi (Figura 38 e 39).

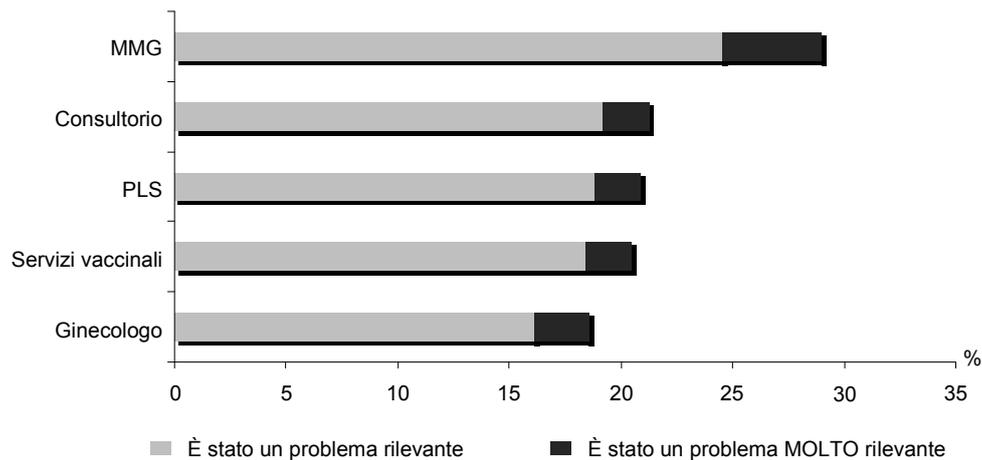


Figura 38. Operatori sanitari (%) che considerano la difficoltà a parlare di sessualità a pre-adolescenti e alle famiglie una criticità "rilevante" o "molto rilevante"

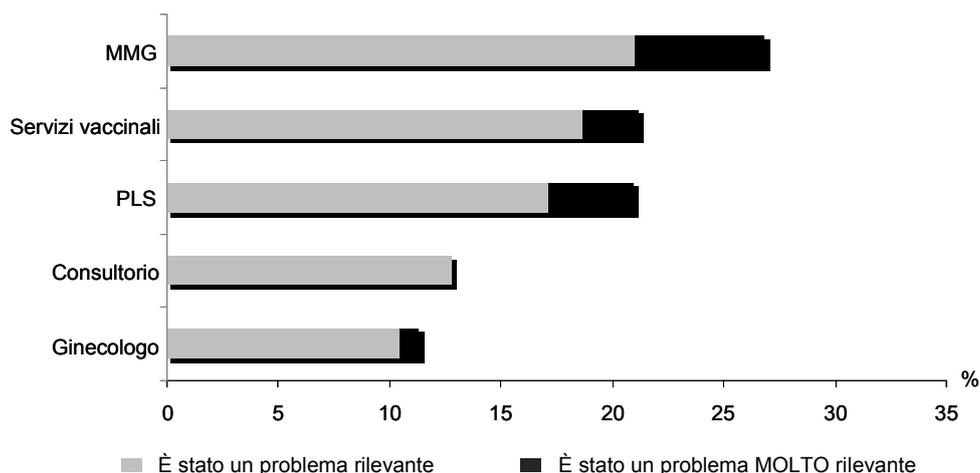


Figura 39. Operatori sanitari (%) che considerano la difficoltà a proporre una vaccinazione contro un’infezione sessuale a pre-adolescenti (non sessualmente attivi) una criticità “rilevante” o “molto rilevante”

I pediatri di libera scelta sono i professionisti sanitari che più frequentemente si sono scontrati con genitori contrari alla vaccinazione (68%), con genitori che avevano ricevuto pareri contrastanti/negativi da altri operatori sanitari (50%) e da giornali, web e tv (61%).

Informazioni sull’HPV e la sua prevenzione

Il 94% degli operatori si sente informato su HPV e prevenzione (il 57% si ritiene moderatamente informato, il 38% si sente di aver ben approfondito l’argomento HPV).

Gli operatori con la percezione più elevata del proprio livello di informazione sono i ginecologi, di cui il 99% ritiene di essere informato (il 64% molto informato, il 35% moderatamente), seguiti dagli operatori dei servizi vaccinali (il 48% molto informato e il 49% moderatamente). L’88% degli MMG ritiene di essere informato (il 17% molto informato e il 71% moderatamente) (Figura 40).

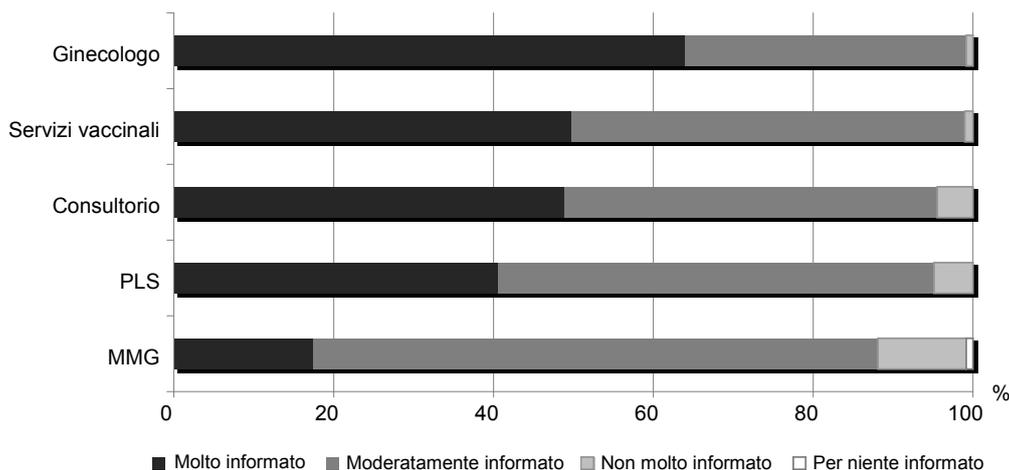


Figura 40. Percezione degli operatori sanitari (%) del proprio livello di informazione su HPV e prevenzione (n. 1410)

Per esplorare il livello di conoscenza degli operatori in tema d'infezione da HPV e vaccinazione, sono state proposte dieci affermazioni ed è stato chiesto loro di indicare se ritenessero ciascuna affermazione corretta o meno o non fossero in grado di dare una risposta, sette di queste domande riguardavano l'infezione da HPV, tre la vaccinazione contro l' HPV (Figura 41). Una domanda è stata esclusa perché formulata in maniera poco chiara. Su 10 domande, ogni operatore ha risposto correttamente in media a 7,6 domande; l'81% ha indicato almeno 8 risposte corrette. Quasi la totalità degli operatori ha risposto correttamente alle 3 domande sulla vaccinazione e non si osservano variazioni tra profilo professionale (in media sono state fornite da ciascun operatore 2,9 risposte corrette).

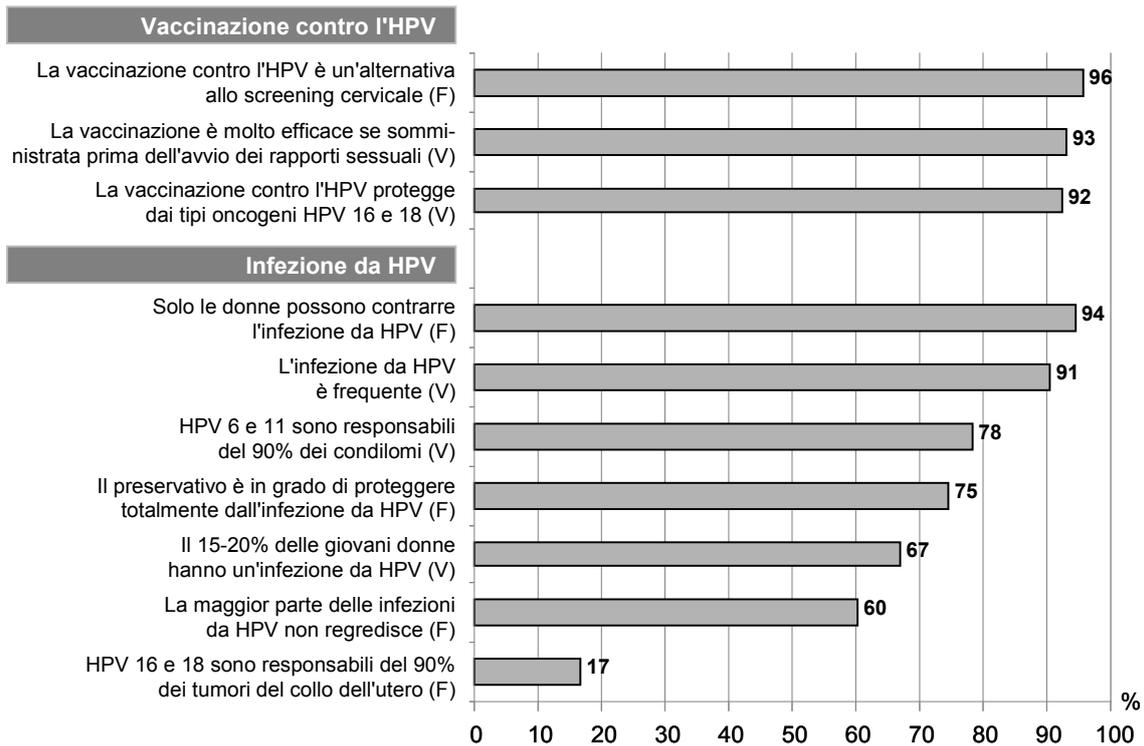


Figura 41. Operatori sanitari (%) che hanno risposto correttamente alle domande su HPV e vaccinazione (accanto a ogni domanda è indicata la risposta corretta: V=vero, F=falso)

Per quanto riguarda le 7 informazioni sull'infezione, ogni operatore ha risposto correttamente a 4,8 risposte corrette in media. Quasi tutti gli operatori sanno che anche l'uomo può essere infettato (94%) e che si tratta di un'infezione abbastanza frequente (91%), ma il 25% non sa che il preservativo non è in grado di proteggere completamente dal contagio. Il maggior numero di risposte corrette è stato fornito dai ginecologi che hanno risposto correttamente in media a 5,5 domande, seguiti da operatori dei servizi vaccinali e consultori (5,3 risposte corrette). Gli MMG e i pediatri sembrano essere quelli più in difficoltà sulle domande sull'infezione, avendo risposto correttamente in media a 4,1 e 4,8 domande, rispettivamente.

Abbiamo inoltre chiesto agli operatori partecipanti all'indagine quali fossero gli strumenti che hanno influito sulla loro formazione e informazione. Gli articoli scientifici nazionali sono il mezzo maggiormente usato dagli operatori, indicati dall'84% dei professionisti. Invece la

formazione frontale attraverso corsi e convegni sul tema è il mezzo ritenuto più utile per migliorare la conoscenza sull'HPV, scelti rispettivamente dal 91 e 89% degli operatori (Tabella 33).

Tabella 33. Influenza delle fonti informative e formative su HPV e vaccinazione sulla formazione degli operatori sanitari (%)

Quesito	Moderatamente o molto		Per nulla o poco utile		Non sa		Rispondenti n.
	n.	%	n.	%	n.	%	
Quanto hanno influito i seguenti mezzi sulla tua formazione sull'HPV e la sua prevenzione?							
monografie italiane di facile e pratica consultazione	1060	75,2	224	15,9	125	8,9	1409
articoli scientifici nazionali	1186	84,2	128	9,1	94	6,7	1408
articoli scientifici internazionali	1092	77,6	151	10,7	164	11,7	1407
convegni/incontri <i>ad hoc</i> sul tema	1103	78,7	133	9,5	166	11,8	1402
corsi di formazione sul tema	1095	77,9	119	8,5	192	13,7	1406
siti web istituzionali	971	69,3	225	16,0	206	14,7	1402
siti web non istituzionali	465	33,3	580	41,5	351	25,1	1396
Cosa ritieni che sarebbe utile per migliorare la tua conoscenza?							
monografie italiane di facile e pratica consultazione	1151	81,6	192	13,6	67	4,8	1410
schede informative	1209	86,0	152	10,8	45	3,2	1406
articoli scientifici nazionali	1230	87,4	127	9,0	50	3,6	1407
articoli scientifici internazionali	1203	85,7	133	9,5	68	4,8	1404
convegni/incontri <i>ad hoc</i> sul tema	1248	88,6	109	7,7	52	3,7	1409
corsi di formazione sul tema	1279	91,0	84	6,0	42	3,0	1405
informazioni chiare e esaustive su siti web istituzionali	1222	87,2	103	7,4	76	5,4	1401

Discussione

La presente indagine ha permesso di conoscere il punto di vista degli operatori sanitari sulla vaccinazione contro l'HPV. Occorre tenere in considerazione che le informazioni non sono generalizzabili alla totalità della popolazione, poiché elaborate su un campione di convenienza. Nonostante questo, sono scaturite indicazioni molto utili, soprattutto valutando le differenze tra profili professionali.

In generale la popolazione in studio ha dimostrato buone conoscenze sull'infezione da HPV e la sua prevenzione e un atteggiamento positivo nei confronti della vaccinazione contro l'HPV, con l'80% dei rispondenti che ha dichiarato di proporre attivamente questa vaccinazione. Tuttavia è emerso un ruolo poco attivo degli operatori non abitualmente coinvolti nel tema della vaccinazione, come gli MMG. Questo è influenzato anche dall'età del target primario della vaccinazione, età a cavallo tra le competenze del pediatra e dei medici di base e in cui le ragazze non sono abitualmente seguite da un ginecologo.

Nonostante la propensione positiva degli operatori partecipanti nei confronti di questa vaccinazione, alcuni risultati sorprendono: il 50% ritiene che la vaccinazione contro l'HPV possa favorire comportamenti sessuali non protetti; il 30% dei rispondenti la considera un

business per le case farmaceutiche; il 20% ritiene che prima di raccomandare tale vaccinazione bisognerebbe aspettare perché il vaccino è di recente introduzione e il 10% ritiene il pap-test sufficiente per prevenire il cervicocarcinoma. Le criticità incontrate più frequentemente nell'offerta della vaccinazione alle famiglie sono state: proporre questa vaccinazione a genitori "contrari" alle vaccinazioni (63%), a genitori che avevano ricevuto pareri contrastanti/negativi da giornali, web e tv (57%) o da altri operatori sanitari (50%). Questo conferma, come emerso anche dalle altre indagini del progetto, che la confusione comunicativa creatasi intorno alla vaccinazione contro l'HPV potrebbe aver complicato il processo decisionale delle famiglie sulla vaccinazione e ostacolato il raggiungimento di coperture vaccinali ottimali. Inoltre affrontare tematiche di natura sessuale ha rappresentato una difficoltà nell'offerta di questa vaccinazione per oltre il 20% degli operatori, a testimonianza della necessità di rafforzare le abilità comunicative per un buon counselling pre-vaccinale. Infine un'altra informazione rilevante è che gli eventi avversi alla vaccinazione hanno rappresentato l'aspetto trattato meno frequentemente dagli operatori in occasione dell'offerta della vaccinazione contro l'HPV (68%); questo dato non è confortante perché, dall'indagine sui motivi di mancata vaccinazione condotta nell'ambito di VALORE e in accordo con la letteratura disponibile sull'argomento, la paura degli eventi avversi costituisce per le famiglie la barriera principale all'adesione alla vaccinazione contro l'HPV. Ciò ribadisce la necessità che gli operatori sanitari siano adeguatamente formati sugli aspetti della sicurezza e che tali informazioni siano fornite al genitore in maniera chiara, esaustiva e trasparente per contrastare i timori delle famiglie sulla pericolosità di questa vaccinazione e delle vaccinazioni in generale.

Andando nello specifico dei differenti profili professionali, sorprende l'alta proporzione di ginecologi (52%) che concordano con l'affermazione che evidenzia un conflitto di interessi delle case farmaceutiche considerate promotrici della vaccinazione solo per i propri guadagni. La stessa quota di ginecologi, inoltre, ritiene che la vaccinazione contro l'HPV potrebbe dare un falso senso di sicurezza incentivando rapporti sessuali non protetti (tuttavia, non è chiaro se questa cautela sia un'opinione dell'operatore o derivi dall'atteggiamento riscontrato nei propri assistiti). I ginecologi rispondenti all'indagine sono i più informati riguardo l'infezione da HPV; danno grande importanza all'azione sinergica vaccinazione/pap-test e propongono attivamente la vaccinazione. Alla luce di queste informazioni, le loro competenze e propensione verso la vaccinazione dovrebbero essere sfruttate a pieno per favorire l'accettazione della vaccinazione.

Tra gli MMG, solo il 76% parla di vaccinazioni con le famiglie ed emerge un ruolo poco attivo nel proporre la vaccinazione contro l'HPV (solo il 66% raccomanda attivamente la vaccinazione). Sono gli operatori che si sentono meno informati su questa tematica. Inoltre il 58% sostiene che l'offerta della vaccinazione contro l'HPV potrebbe dare un falso senso di sicurezza favorendo rapporti sessuali non protetti e il 27% riferisce problemi nell'affrontare temi di sessualità con le ragazze e con le loro famiglie. Coinvolgere i medici di base in programmi specifici di formazione e incentivarne il ruolo attivo nella promozione della vaccinazione contro l'HPV potrebbe essere importante per migliorare l'adesione al programma vaccinale.

I pediatri di libera scelta svolgono un ruolo fondamentale nella promozione della vaccinazione contro l'HPV, essendo abitualmente coinvolti dalle famiglie nel processo decisionale per la vaccinazione (il 99% di loro affronta ogni giorno temi collegati alla vaccinazione). Hanno un ruolo attivo nell'offerta, eppure il 9% raccomanda questa vaccinazione solo se è il genitore a sollevare l'argomento.

Gli operatori appartenenti ai servizi vaccinali mostrano un buon equilibrio di conoscenze e capacità comunicative. Sono la categoria che si sofferma maggiormente sul tema della sicurezza della vaccinazione in occasione dell'offerta vaccinale (81%), argomento cruciale poiché dall'indagine di VALORE sui motivi di mancata vaccinazione gli eventi avversi della

vaccinazione si caratterizzano come la principale paura dei genitori. Sorprendente che il 53% degli operatori dei servizi vaccinali siano cauti nel raccomandare la vaccinazione perché di recente introduzione. Il ruolo dei servizi vaccinali dovrebbe essere potenziato affinché, grazie all'esperienza del personale dedicato, diventino un punto di riferimento sia per la popolazione che per gli altri operatori sanitari.

Anche gli operatori dei consultori hanno un ruolo rilevante nella comunicazione con le ragazze preadolescenti, target della vaccinazione contro l'HPV, e i loro genitori. Il 91% raccomanda l'adesione alla vaccinazione, anche se il 9% non lo fa in maniera attiva. Ritengono di avere una buona informazione sull'argomento, tuttavia è consistente la quota (15%) che reputa la vaccinazione contro l'HPV non importante poiché il pap-test è sufficiente per prevenire il cervico-carcinoma. Sarebbe importante promuovere l'integrazione del loro lavoro sul territorio con quello dei servizi vaccinali.

L'operatore sanitario svolge un ruolo fondamentale nell'offerta vaccinale. Pertanto è essenziale investire nella formazione di tutti gli operatori, sia dal punto di vista dei contenuti che delle capacità comunicative, in modo che alle ragazze e alle loro famiglie siano fornite, in maniera appropriata, informazioni esaustive e chiare sui rischi e i benefici di questa vaccinazione. L'integrazione tra i diversi professionisti permetterebbe di sfruttare a pieno le competenze ed esperienze di ognuno, elaborare messaggi omogenei e informazioni condivise per favorire un'adesione consapevole alla vaccinazione contro l'HPV.

STUDIO QUALITATIVO SU OPINIONI E BISOGNI INFORMATIVI DEGLI OPERATORI SANITARI

Introduzione

Al fine di acquisire indicazioni utili per la pianificazione e l'implementazione di efficaci strategie comunicative si è ritenuto opportuno condurre uno studio qualitativo finalizzato a esplorare, attraverso un'intervista guidata, le strategie messe in atto dagli operatori sanitari per promuovere la vaccinazione contro l'HPV, le loro conoscenze, i punti di vista, le motivazioni, le credenze e i loro atteggiamenti nei confronti di questa vaccinazione.

Lo studio ha coinvolto operatori sanitari impegnati a diverso titolo nella vaccinazione contro l'HPV, tra cui operatori dei servizi vaccinali, del consultorio, del distretto, dei servizi di epidemiologia, medici igienisti, ginecologi, assistenti sanitari, infermieri, pediatri e medici di medicina generale.

Metodi

Popolazione in studio

Le conoscenze, le motivazioni e gli atteggiamenti degli operatori sanitari nei confronti della vaccinazione contro l'HPV sono state raccolte attraverso lo strumento dei focus group (27).

I focus group sono stati strutturati per favorire il confronto tra gli operatori sanitari impegnati a diverso titolo nella vaccinazione contro l'HPV in tre città rispettivamente del Nord, Centro e Sud Italia. L'organizzazione dei Focus Group è stata possibile grazie alla collaborazione dei referenti aziendali e regionali del progetto VALORE che hanno preso parte allo studio qualitativo, mettendo a disposizione spazi adeguati nei quali realizzare gli incontri.

Focus group

I focus group hanno avuto la durata di circa un'ora e mezza e sono stati condotti dai ricercatori del gruppo di lavoro del CNESPS che si sono avvalsi di una griglia di domande volte a esplorare gli aspetti relativi a vantaggi, svantaggi, utilità, efficacia della vaccinazione; alle modalità di acquisizione delle informazioni da parte degli operatori e alle strategie comunicative utilizzate (tempi e luoghi dedicati alla vaccinazione, informazioni fornite e richieste, dubbi, perplessità di genitori e ragazze) (28). In particolare, sono stati analizzati gli aspetti facilitanti e ostacolanti la comunicazione ed esplorati gli strumenti considerati utili per supportarla. Una seconda parte della griglia focalizzava l'attenzione sulle maggiori difficoltà incontrate nella comunicazione con genitori e ragazze e sugli aspetti che possono facilitarla; sui materiali di supporto utilizzati durante i colloqui (opuscoli, brochure) e sulle modalità di utilizzo; sull'importanza della collaborazione con altri operatori che si occupano di vaccinazione; sulle tematiche e competenze specifiche da approfondire attraverso giornate di formazione e/o aggiornamento.

Analisi

I focus group sono stati audio-registrati nel rispetto del totale anonimato e integralmente trascritti e analizzati attraverso il supporto del software NVivo 9.0.

Risultati

Partecipazione allo studio

A partire dal mese di novembre 2012, sono stati realizzati 5 focus group con gli operatori sanitari impegnati a diverso titolo nella vaccinazione contro l'HPV, arruolati secondo un campionamento di convenienza: 2 nel Lazio, 2 in Sicilia e 1 in Piemonte. Complessivamente, sono stati coinvolti 67 partecipanti: 17 per il Lazio (12 F e 5 M; età media 55 anni), 33 per la Sicilia (16 F e 7 M; età media 54 anni) e 17 per il Piemonte (8 F e 9 M; età media 52 anni). Tra questi erano presenti operatori dei servizi vaccinali, del consultorio, del distretto, dei servizi di epidemiologia, medici igienisti, ginecologi, assistenti sanitari, infermieri, pediatri e MMG. La partecipazione all'indagine qualitativa è stata anonima e soggetta a consenso informato. L'esplorazione delle opinioni degli operatori rispetto alla vaccinazione contro l'HPV ha evidenziato alcuni importanti temi intorno ai quali si sono orientati gli interventi, che possono essere sintetizzati in tre grandi aree: i punti di forza della vaccinazione, le criticità, la strategia distinta in organizzativa e comunicativa. In ogni area sono stati individuati alcuni contenuti considerati particolarmente rilevanti.

Punti di forza della vaccinazione

Tra i punti di forza della vaccinazione è stata evidenziata l'importanza di avere a disposizione un vaccino per la prevenzione di un'infezione responsabile del tumore della cervice uterina e dei condilomi. Inoltre è stata sottolineata la possibilità di affrontare nel colloquio vaccinale il tema della prevenzione secondaria attraverso il pap-test.

Criticità della vaccinazione

Tra le criticità della vaccinazione sono emerse le perplessità in merito alla sperimentazione del vaccino, alla durata della protezione, all'efficacia solo per HPV 16 e 18, alle basse coperture al terzo richiamo, alla necessità di affrontare il tema della sessualità con ragazze tanto giovani. Altra criticità, evidenziata da molti, riguarda la gratuità della vaccinazione solo per le ragazze 12enni e non per il target maschile.

Strategia organizzativa

Per quanto riguarda la strategia, gli operatori hanno evidenziato la necessità di dover affrontare aspetti di tipo logistico e organizzativo, data la molteplicità delle figure e dei servizi coinvolti e la diversità dell'organizzazione dell'offerta vaccinale anche all'interno della stessa ASL, dove a volte si riscontra una sovrapposizione di ruoli. Ad esempio gli operatori sottolineano che sarebbe importante avere a disposizione spazi dedicati alla vaccinazione per l'HPV e poter fissare gli appuntamenti con gli adolescenti per il pomeriggio, in modo da evitare

che perdano la scuola e pensare ad un protocollo personalizzato per il target adolescenti che includa tutte le vaccinazioni previste per questa fascia di età: HPV, dTP (difterite-Tetano-Pertosse), MPR, varicella, meningococco, da presentare ai genitori alla fine del ciclo delle vaccinazioni pediatriche. Tale scelta potrebbe essere anche sostenuta dal fatto che in alcune regioni la gratuità della vaccinazione è stata estesa a fasce di età più elevate per recuperare le ragazze che non si presentano a 12 anni, in quanto molte famiglie tendono a ritardare il momento della scelta, proprio per la giovane età delle ragazze. Inoltre le ragazze potrebbero essere più consapevoli all'aumentare dell'età. Dal confronto sono poi emerse alcune problematiche specifiche come: l'esistenza di liste anagrafiche incomplete o inesatte, la presenza nei servizi vaccinali di medici non specialisti dell'area, la diminuzione del personale dedicato alle vaccinazioni.

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, gli operatori considerano fondamentale la creazione e il mantenimento della rete e quindi l'interazione tra servizi, istituzioni e operatori del territorio. La collaborazione integrata è infatti considerata come una condizione che può facilitare il rapporto con i cittadini e con il target specifico della vaccinazione. La scuola rappresenta un contesto privilegiato nel quale poter interagire con gli insegnanti, distribuire la lettera d'invito, incontrare gli adolescenti, organizzare incontri informativi e di approfondimento delle tematiche legate alla sessualità, concordare progetti con il coinvolgimento degli insegnanti.

Tra gli aspetti organizzativi facilitanti il rapporto con i cittadini vanno anche ricordati: la gratuità della vaccinazione e la possibilità della sua estensione ad altre fasce d'età per il recupero delle ragazze più grandi o il libero accesso in qualsiasi distretto per effettuare la vaccinazione.

Strategia comunicativa

L'approfondimento delle strategie comunicative utilizzate dagli operatori per proporre la vaccinazione ha evidenziato alcune modalità comunicative più utilizzate e alcuni messaggi considerati fondamentali per favorire una corretta informazione. Primo fra tutti quello relativo alla finalità della vaccinazione che non può essere definita contro il tumore, ma efficace per la prevenzione delle infezioni e delle forme preinvasive e invasive della cervice uterina correlate a HPV 16 e 18. In tale ottica, altro aspetto importante emerso dagli interventi degli operatori partecipanti ai focus, riguarda la necessità di fornire le informazioni in modo corretto, completo e comprensibile, evidenziando anche la convenienza che deriva dalla gratuità del vaccino.

In relazione alle modalità comunicative è emersa la tendenza a comunicare cercando di attivare la paura dei rischi che si potrebbero correre non vaccinando e a presentare le scelte fatte dal singolo operatore per i propri figli o che farebbe se avesse dei figli, come riferimento e metro di paragone. Per quanto riguarda i mezzi di comunicazione gli operatori hanno confermato l'utilizzo di opuscoli informativi lasciati alla fine del colloquio o inviati per posta insieme alla lettera d'invito. Gli operatori, inoltre hanno evidenziato alcuni aspetti che incidono sulla definizione dei contenuti e che possono facilitare o ostacolare il processo comunicativo che vengono trattati in dettaglio nei paragrafi che seguono.

Informazioni maggiormente richieste dalle famiglie

Tra le informazioni maggiormente richieste dalle famiglie sono state riferite dagli operatori domande sugli effetti collaterali, cosa che avviene per tutti i vaccini, richieste di informazioni sul pap-test e sull'opportunità di continuare ad effettuarlo, sulla possibilità di fare la

vaccinazione anche durante il ciclo mestruale, di poterla effettuare anche se si sono già avuti rapporti sessuali. Sono state poi segnalate domande sulla sicurezza del vaccino e sulla durata dell'efficacia, sull'opportunità della vaccinazione, vista la bassa incidenza del tumore, sulla possibilità che il vaccino possa provocare sterilità o malattia e sull'esistenza di un legame con l'omosessualità. Infine gli operatori hanno riportato domande sul perché la vaccinazione è rivolta solo alle ragazze, tra l'altro non ancora "formate" e non ai ragazzi.

Fonti informative degli operatori

Le fonti informative degli operatori sono rappresentate dalla disponibilità personale ad approfondire la formazione con letture tratte dalla letteratura, dalla partecipazione a convegni e eventi formativi organizzati a livello locale, dal confronto con i colleghi esperti.

Aspetti che ostacolano la comunicazione degli operatori

Esplorando gli aspetti che ostacolano la comunicazione sulla vaccinazione gli operatori hanno focalizzato l'attenzione su alcune tematiche più direttamente legate alla loro operatività: esistenza di conoscenze incomplete o confuse soprattutto tra alcune figure professionali (ad esempio i MMG non sono abbastanza informati e sono poco competenti nel fornire informazioni a riguardo); presenza di diffidenza e scetticismo soprattutto iniziale riguardo gli effetti collaterali, l'efficacia della vaccinazione, attribuita alla brevità della sperimentazione; circolazione di informazioni contrastanti tra diverse figure professionali, ad esempio in merito al suggerimento dato da molti ginecologi sull'opportunità di aspettare a vaccinare per la giovane età delle ragazze (anche se questo si verificava più all'inizio perché si conosceva poco la vaccinazione); difficoltà a trattare argomenti che coinvolgono la sfera della sessualità (ad esempio difficoltà ad affrontare con i ragazzi nelle scuole gli aspetti riguardanti il cancro del pene e della laringe); difficoltà a confrontarsi con genitori con un livello d'istruzione e socio-economico più elevato che possono influenzare le decisioni anche degli altri genitori.

Tra gli aspetti che ostacolano la comunicazione sono stati segnalati anche quelli relativi alla strategia comunicativa: assenza di una strategia di comunicazione a livello nazionale e di un coordinamento; mancanza di un'informazione costante sia verso gli operatori del territorio che verso la popolazione; mancanza di una presenza istituzionale su Internet a fronte di una grande diffusione di posizioni antivaccinali; assenza di una pianificazione strategica nell'azienda sanitaria; poca conoscenza da parte dei cittadini del ruolo del servizio vaccinale e degli operatori; impostazione comunicativa a volte improntata dalle case farmaceutiche.

Anche le difficoltà economiche influenzano la strategia comunicativa in quanto la mancanza di budget non permette la produzione di materiale divulgativo, l'acquisizione di personale dedicato, la realizzazione di progettualità sull'educazione sessuale nell'ambito del contesto scolastico secondo un approccio integrato tra istituzioni e operatori, la realizzazione di percorsi formativi di aggiornamento.

Resistenze delle famiglie

Parlando invece delle resistenze delle famiglie sono emerse delle difficoltà a trattare alcune tematiche connesse alla vaccinazione: difficoltà dei genitori rispetto alle domande sulla sessualità dei figli; difficoltà rispetto alle domande relative alla gravidanza; timore dei genitori che la vaccinazione possa implicitamente dare alle ragazze l'autorizzazione ad avviare la loro vita sessuale; alcune resistenze sono originate dalla percezione del rischio di possibili eventi

avversi causati dal vaccino e dalla paura per l'“incognito”, trattandosi di una nuova vaccinazione.

Aspetti che facilitano la comunicazione

Per gli aspetti che invece possono facilitare la comunicazione, il confronto tra gli operatori ha posto l'attenzione su alcuni fattori in parte riconducibili al tipo di approccio alla vaccinazione (ad esempio le madri che nel passato hanno avuto un'esperienza personale di infezione da HPV sono generalmente favorevoli alla vaccinazione; lo sviluppo delle conoscenze sulla vaccinazione ha favorito la riduzione dell'ansia per gli effetti collaterali e delle perplessità riguardo la sua efficacia), in parte alla disponibilità di strumenti e competenze e in parte all'organizzazione dei servizi e più in generale dell'offerta vaccinale.

La disponibilità di materiale informativo per il target di riferimento facilita senza dubbio il processo comunicativo (lettere, opuscoli, cartoline), come la possibilità di partecipare ad eventi formativi per potenziare le competenze scientifiche e comunicative e per poter progettare iniziative di comunicazione anche con nuovi strumenti più adeguati al target (ad esempio i social network o il ricorso ai testimonial). A tal proposito gli operatori hanno sottolineato la necessità di una strategia affinché le iniziative di comunicazione possano essere coordinate e realizzate in base al target di riferimento e agli obiettivi comunicativi, secondo un approccio sistematico che possa favorire lo scambio comunicativo tra il livello centrale, regionale e locale e garantire il coinvolgimento costante degli operatori, in modo che non si sentano soli e abbandonati e possano invece lavorare in sinergia.

In tal senso gli operatori considerano indispensabile un'attività di comunicazione costante a livello centrale che, da una parte, possa offrire agli operatori impegnati sul territorio gli aggiornamenti scientifici e le informazioni per poter svolgere in modo corretto e più sereno la loro attività e, dall'altra, possa assicurare una concordanza dei messaggi da comunicare.

Esigenze espresse dagli operatori

A seguito di queste riflessioni gli operatori hanno poi focalizzato l'attenzione su alcune esigenze che sarebbe opportuno prendere in considerazione per migliorare le iniziative di comunicazione: avere a disposizione una locandina e opuscoli informativi da distribuire con la lettera d'invito e a fine colloquio vaccinale in cui siano inseriti i loghi regionali e siano indicati numeri telefonici di riferimento e link di siti sulle vaccinazioni in cui poter trovare informazioni affidabili; poter disporre di adeguati e agili strumenti di comunicazione per migliorare le conoscenze degli operatori impegnati a diversi livelli nell'offerta vaccinale compresi gli MMG e i pediatri del territorio (scheda informativa); integrare gli strumenti di comunicazione tradizionali con l'adozione di nuovi strumenti soprattutto per raggiungere i più giovani: diffusione delle informazioni attraverso i *social network* o con applicazioni su *smartphone*; sviluppare la formazione degli operatori sia sui contenuti scientifici che sugli aspetti comunicativi e sul counselling, favorendo la circolazione di articoli scientifici e di info su casi specifici.

Discussione

L'analisi dei focus group svolti con gli operatori fornisce alcune indicazioni importanti per orientare le iniziative di comunicazione e formazione in base alle esigenze dei diversi target.

Gli interventi hanno sottolineato come la vaccinazione contro l'HPV vada inquadrata in un'ottica di processo, infatti a fronte di una maggiore diffidenza e inesperienza iniziale, non solo da parte delle famiglie ma anche degli operatori, oggi molte perplessità sono state superate e molti dubbi hanno trovato risposta. Emerge una tendenza generale a spostare la vaccinazione verso un'età maggiore e a inserire il vaccino contro l'HPV in un pacchetto di vaccinazioni per l'adolescente, cercando di integrare l'offerta della vaccinazione contro l'HPV nella cultura generale della vaccinazione, da proporre ai ragazzi anche nel contesto scolastico.

Per quanto riguarda la comunicazione è stata sottolineata l'importanza di considerarla come processo, pertanto le iniziative vanno organizzate in modo strutturato, compresi gli interventi fatti nelle scuole che andrebbero inseriti nel più generale processo di promozione della salute dei giovani e di potenziamento delle loro abilità (*life skill*) per scelte di vita salutari. Inoltre è essenziale attivare/rafforzare la sinergia e la collaborazione tra servizi e figure professionali e realizzare materiali comuni, valutando la possibilità di sviluppare nuove strategie e adottare nuovi strumenti di comunicazione compresi i *social network*.

STUDIO QUALITATIVO NELLE SCUOLE MEDIE: IL PUNTO DI VISTA DELLE RAGAZZE PRE-ADOLESCENTI

Introduzione

La vaccinazione contro l'HPV è rivolta ad un target femminile in età pre-adolescenziale che è molto importante prendere in considerazione nel momento dell'offerta vaccinale. Infatti, anche se i genitori hanno un ruolo determinante nella scelta, è essenziale che le ragazze ricevano informazioni sul virus e sul vaccino, che siano ascoltate per conoscere le loro esigenze, i loro dubbi, loro eventuali paure e per poter meglio orientare le iniziative di comunicazione a loro rivolte. A tale scopo nell'ambito del Progetto VALORE è stato condotto uno studio qualitativo che ha permesso di raccogliere le opinioni, i punti di vista e i bisogni informativi delle ragazze pre-adolescenti rispetto, sia alla vaccinazione contro l'HPV, che al papillomavirus. A tal fine ci si è avvalsi della metodologia dei focus group che ha permesso alle giovani di confrontarsi e riflettere all'interno di uno spazio caratterizzato da un clima di ascolto e rispetto reciproco che ha facilitato l'emergere di opinioni autentiche (27).

Metodi

Popolazione in studio

I focus group sono stati strutturati per favorire il confronto tra le giovani 12enni frequentanti la seconda classe delle scuole medie in tre città rispettivamente del Nord, Centro e Sud Italia

L'organizzazione dei focus group è stata possibile grazie alla collaborazione dei referenti aziendali e regionali del progetto VALORE che hanno contattato alcuni dirigenti scolastici proponendo loro l'iniziativa e descrivendone le modalità di svolgimento. Ciò ha permesso la realizzazione di tre discussioni di gruppo svolte durante l'orario scolastico e rivolte a studentesse.

Focus group

Ogni focus group ha avuto la durata di circa un'ora e mezza ed è stato condotto da un ricercatore del CNESPS durante l'orario scolastico. Per la conduzione dei focus è stata utilizzata una griglia di domande aperte avente l'obiettivo di: esplorare le conoscenze possedute dalle ragazze sulle vaccinazioni e, in particolare, su quella contro l'HPV; comprendere i loro atteggiamenti, le loro credenze e le loro preoccupazioni rispetto al vaccino; approfondire quali strumenti e informazioni vengono ritenuti utili per una migliore comprensione dell'argomento trattato (28).

Analisi

I focus group sono stati audio-registrati nel rispetto del totale anonimato e integralmente trascritti e analizzati attraverso il supporto del software NVivo 9.0.

Risultati

Partecipazione allo studio

Complessivamente, sono stati realizzati tre focus group che hanno coinvolto 42 ragazze 12enni frequentanti la seconda classe in tre scuole medie di tre diverse città italiane del Nord, Centro, Sud: Alessandria (n. 14), Roma (n. 15) e Catania (n. 13). La partecipazione è stata anonima e soggetta a consenso informato.

L'analisi dei dati raccolti ha fatto emergere indicazioni utili nell'ambito di tre ampie categorie: informazioni e conoscenze possedute e desiderate; fattori che incidono sulla scelta vaccinale; strumenti e bisogni comunicativi delle pre-adolescenti.

Informazioni e conoscenze possedute e desiderate

Lo studio ha permesso di esplorare in profondità le conoscenze possedute e desiderate dalle giovani partecipanti che, solo in alcuni casi, avevano precedentemente preso parte ad incontri informativi sul tema o aderito alla vaccinazione ricevendo indicazioni da parte degli operatori sanitari dei servizi vaccinali. Le informazioni che le pre-adolescenti hanno sull'HPV riguardano, in particolare, la localizzazione dell'infezione e le conseguenze alle quali conduce. Infatti, l'HPV viene definito come un virus che colpisce l'utero, o una sua parte (il collo), determinando lo sviluppo di forme tumorali. Le lesioni cancerose, rispetto ai condilomi, vengono identificate come l'esito frequente e quasi certo del papillomavirus umano. Spesso, la differenza tra l'HPV e il tumore viene meno ed essi vengono considerati come coincidenti.

In merito alla vaccinazione, invece, le pre-adolescenti dimostrano di avere conoscenze sulle finalità che si prefigge, sui destinatari ai quali è indirizzata, sulle procedure e le modalità di somministrazione. Nello specifico, il vaccino viene considerato come uno strumento di protezione del collo dell'utero e, più in generale, della propria salute attuale e futura. Tuttavia, le giovani tendono ad identificarlo come ciò che le può proteggere direttamente dal tumore, piuttosto che da un'infezione frequente con esito raro. Ancora, le ragazze individuano le femmine come target primario del vaccino ed hanno chiaro che esso prevede la somministrazione di tre dosi, da effettuare a intervalli temporali prestabiliti, tramite un'iniezione nella parte superiore del braccio.

Molte delle informazioni a disposizione delle ragazze sono state acquisite nel contesto scolastico, familiare e sanitario attraverso il dialogo con le diverse figure di riferimento o la lettura del materiale ricevuto a domicilio dalle ASL.

Nell'ambito dei focus group, le pre-adolescenti hanno mostrato interesse per la tematica trattata e hanno espresso la necessità di acquisire ulteriori informazioni con l'obiettivo, non solo di arricchire le loro conoscenze, ma anche di poter esprimere i loro dubbi e le loro perplessità e ricevere una risposta competente, formulata con un linguaggio semplice, chiaro e adatto alla loro età. Ciò, in parte, è stato possibile, anche all'interno dei focus, grazie al supporto di un operatore esperto dell'argomento che, insieme al moderatore e all'osservatore, ha partecipato alla discussione in gruppo.

In relazione al virus, le ragazze hanno richiesto alcune informazioni sull'azione e le modalità di trasmissione, sulle diverse tipologie di papillomi esistenti e sui siti dell'organismo più esposti all'infezione. Alcune domande sono state mirate ad approfondire le caratteristiche della popolazione colpita facendo riferimento anche al target maschile. Molta curiosità è stata dimostrata nei confronti degli esiti ai quali il virus può condurre in termini di lesioni cancerose e verruche. Tale aspetto è stato approfondito anche in relazione ad alcune fasi della vita, come ad

esempio, alla gravidanza. Le pre-adolescenti si chiedono se il virus può essere trasmesso dalla madre al feto e, soprattutto, se può determinare interruzioni o complicanze nella fase della gestazione. Altro aspetto trattato, seppur non approfonditamente, è quello relativo alla sintomatologia e alla possibilità di identificare precocemente l'esordio dell'infezione.

Come precedentemente accennato, le ragazze possiedono informazioni generali sulla vaccinazione contro l'HPV. Tuttavia, come per il virus, anche in questo caso le giovani partecipanti hanno espresso il bisogno di ottenere ulteriori delucidazioni in merito alla popolazione target, alla finalità, ai meccanismi di azione che esso produce sull'organismo, alle procedure e alle modalità di somministrazione. In particolare, le ragazze vorrebbero ottenere indicazioni sull'età a partire dalla quale è possibile vaccinarsi e sulle relazioni tra il vaccino, il ciclo mestruale e l'avvio dei rapporti sessuali. Oltre a volere una conferma dell'importanza del completamento del ciclo vaccinale, le giovani si chiedono se, nel corso del tempo, la vaccinazione vada ripetuta per prolungare il suo effetto protettivo.

Le ragazze sembrano aver bisogno di rassicurazione rispetto ai possibili rischi derivanti dalla vaccinazione. Se da un lato la scelta di non aderire alla vaccinazione desta preoccupazioni per la possibilità di poter contrarre infezioni future, dall'altro lato vaccinarsi conduce ad una riflessione sui possibili effetti collaterali e le reazioni allergiche. Sulla base di esperienze e conoscenze pregresse, spesso relative ad altre tipologie di vaccinazioni, le giovani chiedono maggiori informazioni in merito alla possibilità che il vaccino possa causare l'infezione verso la quale dovrebbe proteggere. Ancora, le pre-adolescenti si interrogano sull'obbligatorietà, l'estensione e il grado di adesione a livello nazionale.

Fattori che incidono sulla scelta vaccinale

Scegliere di aderire o meno alla vaccinazione contro l'HPV è un processo decisionale complesso che riguarda le pre-adolescenti ma, soprattutto, le loro famiglie che sulla base di informazioni complete, chiare e comprensibili dovrebbero poter compiere una scelta consapevole. Sebbene le ragazze non sempre vengano coinvolte nel processo decisionale che gli adulti di riferimento compiono, durante le discussioni di gruppo sono emersi alcuni degli elementi che, a loro avviso, possono influenzare tale decisione. Tra questi è stata citata l'importanza delle informazioni fornite da alcune figure di riferimento, quali i medici specialisti e/o gli operatori dei servizi del territorio. Gli esperti della salute vengono considerati fonti informative fondamentali. Tuttavia, le indicazioni ricevute dovrebbero essere chiare e non contrastanti al fine di evitare confusione e disorientamento nelle persone verso le quali sono dirette. A ciò si aggiunge la consapevolezza che le opinioni dei gruppi anti-vaccinatori possono influenzare il processo di *decision-making* in merito all'argomento trattato.

Oltre alla disomogeneità dei contenuti dei messaggi, le pre-adolescenti individuano, tra i fattori determinanti la scelta vaccinale, la percezione dell'utilità o meno di sottoporsi al vaccino. In particolare, temono che esso possa non proteggere la loro salute.

La vaccinazione contro l'HPV è un tema attorno al quale si concentrano molti dubbi e preoccupazioni. Tra queste, alcune sono comuni anche ad altri vaccini, come ad esempio la paura dell'iniezione, della correttezza delle prassi messe in atto dagli operatori dei servizi vaccinali, delle reazioni allergiche e avverse e degli effetti collaterali che si possono verificare a breve e a lungo termine, altre invece sono più specificatamente connesse alle peculiarità che essa presenta. Infatti, le giovani hanno il timore che il vaccino non sia stato sufficientemente sperimentato e, per questo, dubitano della sua efficacia nel tempo. Ancora, riflettono sul fatto che esso venga proposto ad una così giovane età e che le reticenze della famiglia nell'accettarlo possano essere il risultato di una preoccupazione legata al falso senso di sicurezza che potrebbe suscitare nelle ragazze, conducendole alla messa in atto di una precoce attività sessuale.

Strumenti e bisogni comunicativi

Sebbene alcune delle pre-adolescenti partecipanti ai Focus Group avessero già affrontato il tema della vaccinazione contro l'HPV, avvalendosi di strumenti di comunicazione anche molto differenti tra loro, in generale le giovani hanno espresso un chiaro bisogno di migliorare e chiarire le conoscenze a disposizione. A tal fine, hanno indicato molteplici mezzi di comunicazione, dai più tradizionali materiali cartacei fino a quelli multimediali. Tra i primi, sono stati citati le locandine, i poster, gli opuscoli, le cartoline informative e le lettere d'invito alla vaccinazione, mentre tra i secondi è stato dato particolare risalto agli spazi sul web. Del resto negli ultimi anni, anche la comunicazione nell'ambito della sanità pubblica sta assumendo sempre nuove caratteristiche dotandosi di strumenti eterogenei che hanno permesso il passaggio dal "comunicare a" al "comunicare con". In questa prospettiva, il target non si configura solamente come fruitore delle informazioni ma, piuttosto, come costruttore attivo della conoscenza.

Tale cambiamento è ben chiaro alle pre-adolescenti che esprimono il loro bisogno di informarsi e tenersi aggiornate sul virus e sulla vaccinazione contro l'HPV, anche attraverso gli strumenti del web 2.0 caratterizzati da un livello elevato di interazione sito-utente. In particolare, le ragazze riflettono sulle potenzialità dei social network e di altri sistemi, quali ad esempio, i blog. Questi, insieme ai siti internet, vengono considerati spazi privilegiati per il confronto, lo scambio di esperienze e la condivisione di saperi ed emozioni. Nonostante ciò, le giovani ribadiscono l'importanza di poter identificare facilmente l'autorevolezza della fonte del messaggio al fine di essere certe della rigurosità scientifica e dell'affidabilità delle informazioni consultate. Inoltre, secondo le ragazze, tutti gli strumenti sopra citati dovrebbero, non solo fornire spiegazioni dettagliate sul virus, sulle conseguenze e sulle finalità della vaccinazione, ma anche segnalare le figure di riferimento e i servizi ai quali potersi rivolgere in caso di dubbi o perplessità.

Le giovani identificano la scuola come un contesto privilegiato in cui potersi esprimere liberamente senza paura di essere giudicate, soprattutto se il dialogo avviene con insegnanti con i quali si ha un rapporto basato sulla fiducia reciproca. Ancora, vengono indicati i luoghi di aggregazione, come ad esempio la parrocchia, e i contesti sanitari all'interno dei quali i medici e gli specialisti possono fornire tutte le informazioni necessarie.

Discussione

L'analisi dei focus group svolti con le pre-adolescenti fornisce alcune indicazioni importanti per orientare le iniziative di comunicazione in base alle esigenze del target giovanile.

Le ragazze hanno dimostrato di possedere conoscenze sull'infezione da HPV e sulla vaccinazione, apprese nel contesto scolastico o attraverso mezzi di comunicazione differenziati, come lettere ricevute a casa per conto della ASL o informazioni fornite dai genitori o da figure sanitarie, MMG o operatori dei servizi vaccinali, ma anche lette su internet. Nonostante ciò le ragazze hanno manifestato il bisogno di apprendere nuove conoscenze sull'infezione, sulla vaccinazione e sulle altre misure di prevenzione per affrontare paure e preoccupazioni, soprattutto riguardo i tumori e per confrontarsi con le proprie credenze e atteggiamenti. Hanno anche mostrato un certo livello di consapevolezza riguardo i fattori che incidono sulla scelta vaccinale, facendo riferimento alla disomogeneità dei messaggi ricevuti da diversi operatori sanitari che generano confusione e disorientamento, alla paura che il vaccino non protegga la loro salute, al timore dell'iniezione e della correttezza delle prassi messe in atto dagli operatori dei servizi vaccinali. Hanno, inoltre, espresso preoccupazione per la breve sperimentazione della

vaccinazione contro l'HPV e per le reazioni allergiche e avverse e per gli effetti collaterali. Hanno anche attribuito le resistenze alla vaccinazione da parte della famiglia alla connessione tra giovane età e precocità dell'attività sessuale.

Pur riconoscendo le opportunità offerte dai siti internet e dai nuovi mezzi di comunicazione, in particolare dai *social network*, le ragazze hanno manifestato l'esigenza di essere supportate nell'individuazione di figure di riferimento di cui fidarsi. Sono infatti, consapevoli di quanto sia importante disporre di informazioni affidabili e di chiara provenienza.

Considerano anche essenziale avere a disposizione spazi per il confronto soprattutto all'interno della scuola e dei servizi dedicati alla vaccinazione. Il dialogo, il confronto, in particolare con figure di riferimento credibili, rappresentano le modalità che le giovani riconoscono come valide per aumentare le loro conoscenze, ma anche per poter formulare domande, chiedere chiarimenti, esprimere dubbi e personali ansie riguardo la vaccinazione e l'infezione da HPV.

AREE DI AZIONE E PROPOSTE OPERATIVE

L'integrazione dei risultati ottenuti dalle attività condotte nell'ambito del progetto VALORE, insieme alle esperienze ed evidenze raccolte in letteratura, hanno permesso di identificare le criticità e le aree su cui lavorare e di proporre alcune indicazioni operative per migliorare l'adesione al programma vaccinale per l'HPV e, più in generale, la *compliance* alle vaccinazioni. Per favorire un'adesione consapevole alla vaccinazione è importante lavorare su più fronti. La strategia vincente è una sinergia di azioni, iniziative e buone pratiche vaccinali.

Le considerazioni e proposte riportate di seguito sono riportate nel documento prodotto a conclusione del progetto. È possibile consultare il documento nella pagina web del portale EpiCentro dedicata al progetto VALORE (<http://www.epicentro.iss.it/problemi/hpv/valore.asp>). La maggior parte di queste indicazioni e considerazioni sono applicabili anche alle vaccinazioni diverse da quella per l'HPV.

Sviluppo di una rete di operatori sanitari intorno alle vaccinazioni

Come per gli altri interventi preventivi e di promozione della salute in sanità pubblica, anche per le vaccinazioni la collaborazione tra le diverse figure professionali (sanitarie e non sanitarie) è indispensabile per garantire la massima efficacia e diffusione di uno strumento prezioso che ha permesso l'eliminazione e riduzione di molte malattie infettive.

Dall'indagine diretta ai referenti di ASL e Regioni/PA è emerso che, a fronte del totale coinvolgimento degli operatori dei servizi vaccinali, i pediatri di libera scelta sono stati coinvolti nelle attività di sensibilizzazione e formazione nel 70-80% delle ASL; gli operatori dei consultori, i medici di base, i pediatri e i ginecologi ambulatoriali e ospedalieri nel 50-70% delle ASL; gli operatori dei servizi per lo screening del cervicocarcinoma nel 40% delle ASL; i professionisti privati nel 10-15% delle ASL.

L'attenzione alla *comunicazione* e alla *collaborazione integrata tra gli operatori* è particolarmente importante per la vaccinazione contro il papillomavirus intorno alla quale molto è stato scritto e detto, evidenziando certezze e incertezze, a volte anche in modo confuso, e intorno alla quale sono necessariamente coinvolti professionisti appartenenti a servizi diversi (operatori dei servizi vaccinali, pediatri, MMG, ginecologi impegnati in ambito pubblico nel consultorio e nell'ospedale e in ambito privato, ostetriche, dermatologi, chirurghi, oncologi, operatori dei servizi di screening), inclusi operatori fino ad oggi lontani dal mondo vaccinale, che si trovano a interagire con altri soggetti istituzionali e sociali interessati, con ruoli e responsabilità diverse, alla vaccinazione contro l'HPV (amministratori, media, industria, gruppi d'interesse, insegnanti, genitori, adolescenti, donne, cittadini).

Inoltre il target al quale gli operatori si rivolgono è un target, sia adolescente che adulto, più ampio e complesso rispetto al classico target dei servizi vaccinali.

Pertanto, la comunicazione sulla vaccinazione contro l'HPV deve fare i conti con la molteplicità dei punti di vista e con la confusione comunicativa che ne può derivare:

- il punto di vista dei diversi operatori sanitari, dei ricercatori, delle istituzioni centrali e regionali, delle aziende sanitarie;

- il punto di vista dei media, che attivano i processi comunicativi e divulgano informazioni sempre in modo molto veloce e tempestivo, generalmente prima che venga organizzata e avviata la comunicazione istituzionale;
- il punto di vista della popolazione generale, delle famiglie, delle ragazze che leggendo, informandosi, consultando internet, parlando tra loro, formulano le loro opinioni e costruiscono una propria percezione del rischio.

Lo sviluppo di una *rete attiva tra operatori* dei centri vaccinali e le altre figure professionali (pediatri, medici di base, ginecologi, operatori del servizio di screening, operatori dei consultori) favorirebbe:

- il coinvolgimento degli operatori non coinvolti abitualmente nelle vaccinazioni (pediatri, ginecologi, medici di base, consultori, servizi screening) sia nelle attività di formazione, di promozione che di ritorno dell'informazione;
- la divulgazione agli operatori della rete di materiale formativo/informativo, aggiornamenti su coperture vaccinali e attività, remainder periodici per promuovere le appropriate vaccinazioni degli assistiti;
- la concertazione e condivisione tra gli operatori della rete del messaggio e degli obiettivi della comunicazione, affinché la comunicazione sia coerente e concordata.

L'esistenza di una solida rete di operatori coinvolti nella vaccinazione contro l'HPV favorirebbe anche la partecipazione di istituzioni non sanitarie come ad esempio la scuola, che rappresenta uno spazio privilegiato per la circolazione delle informazioni e per il confronto con i giovani.

Un messaggio disomogeneo tra diversi operatori e la discordanza tra l'esistenza di una raccomandazione nazionale e le opinioni degli operatori che offrono tale vaccinazione sul territorio sono destabilizzanti per la famiglia, rendendone complicato il percorso decisionale. Gli operatori del territorio dovrebbero essere in grado, attraverso una formazione specifica, di fornire le informazioni chiave necessarie perché il genitore possa effettuare una scelta consapevole sulla vaccinazione oppure indirizzare il genitore al centro vaccinale di riferimento.

Una mole consistente di lavori pubblicati in letteratura rilevano un'associazione positiva tra il parere di un medico di fiducia o l'aver parlato con un medico della vaccinazione contro l'HPV e l'accettazione della vaccinazione stessa.

Gli operatori dei centri vaccinali rappresentano i migliori candidati al coordinamento del network, soprattutto quando le loro competenze vengono potenziate affinché siano in grado di identificare gli strumenti comunicativi adeguati per raggiungere la popolazione e per coinvolgere e aggiornare gli operatori del territorio. La pianificazione da parte del servizio vaccinale di riunioni periodiche di equipe renderebbe possibile il confronto tra operatori, la condivisione di strumenti e contenuti e il coordinamento di attività integrate.

Per intervenire in tal senso ogni singolo operatore ha bisogno prima di fare chiarezza a se stesso, di condividere gli obiettivi di sanità pubblica con gli altri operatori, di capire e approfondire le sue conoscenze specifiche sui rischi e i benefici della vaccinazione, di valutare la sua disponibilità e preparazione ad affrontare argomenti riguardanti la sfera della sessualità, delle malattie sessualmente trasmesse e del cancro. Ha anche bisogno di sentirsi parte di un progetto di comunicazione, di concordare le modalità dell'intervento comunicativo, di esprimere i suoi dubbi, le sue convinzioni, di confrontarsi con i colleghi per definire le linee strategiche della proposta vaccinale. Il contesto formativo rappresenta una buona occasione, ma molte altre opportunità vanno ricercate in ogni specifico contesto regionale e locale per curare questi processi di comunicazione interna. E d'altra parte *solo una buona comunicazione interna e una pianificazione delle iniziative possono garantire efficaci processi di comunicazione esterna.*

La creazione di efficaci relazioni interne è fondamentale per condividere la strategia organizzativa e gli obiettivi di comunicazione, per facilitare lo scambio costante di informazioni, confrontarsi sulle evidenze scientifiche o su posizioni contrastanti, per concordare i messaggi più significativi, favorire la formazione di reti e la collaborazione integrata tra i soggetti coinvolti, creando in tal modo condizioni favorevoli per comunicare in modo omogeneo ed efficace verso l'esterno.

È fondamentale sottolineare che l'efficacia della comunicazione interna è potenziata quando gli organi istituzionali, i servizi e i soggetti che partecipano con ruoli, funzioni e responsabilità diverse, sono sostanzialmente orientati allo scambio e al dialogo e quando considerano realmente importante la creazione di sinergie essenziali per la costruzione e il mantenimento della "rete". La rete coinvolge anche figure e istituzioni chiave non direttamente impegnate nell'attività vaccinale, ma strategicamente importanti per rafforzare la comunicazione con i cittadini, come ad esempio gli MMG, i pediatri di famiglia o la stessa realtà scolastica.

Tali figure possono svolgere un significativo ruolo all'interno della comunità locale; essendo in grado di interagire con le persone in spazi, tempi e modi diversi, possono non solo collaborare alla diffusione di informazioni corrette, omogenee, libere da opinioni e giudizi personali, ma anche raccogliere indicazioni sulla percezione dei singoli e sulle preoccupazioni prevalenti. Quest'ultimo aspetto risulta di fondamentale importanza per impostare le iniziative di comunicazione.

Pertanto, la collaborazione integrata e la circolazione delle informazioni tra tutte le figure professionali delle istituzioni e servizi coinvolte può certamente favorire la pianificazione coordinata delle attività e delle priorità, facilitare il processo comunicativo con la popolazione, i media e i soggetti sociali e attivare una partecipazione responsabile e consapevole della collettività, coinvolgendo e valorizzando figure credibili, che rivestono un ruolo significativo e di orientamento.

In questa ottica è importante evidenziare che le diverse istituzioni e figure professionali, in base al ruolo che ricoprono nell'ambito della strategia vaccinale, sono investite di specifiche responsabilità che possono determinare l'efficacia dei processi di comunicazione interna e esterna. Ad esempio a livello territoriale il Servizio vaccinale delle ASL riveste un ruolo rilevante, non solo per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, ma anche per quanto riguarda l'importante funzione di *advocacy*, facendosi promotore di iniziative d'informazione, promozione e formazione con il coinvolgimento attivo di tutti gli attori, compresa la scuola.

Le istituzioni che operano a livello centrale hanno un rilevante ruolo di coordinamento e di attivazione di scambi con le Regioni e per la creazione di sinergie con il livello locale.

Potenziamento del ruolo dei servizi vaccinali

È importante potenziare, ridefinire e pubblicizzare le attività svolte dai servizi vaccinali e valorizzare il ruolo degli operatori che operano all'interno. È sorprendente che solo il 25% delle famiglie rispondenti all'indagine sui motivi di mancata vaccinazione abbia ricevuto informazioni sulla vaccinazione contro l'HPV dagli operatori vaccinali e che solo il 34% li menzioni tra le fonti più rilevanti. *È necessario che i centri vaccinali assumano un ruolo di primo piano nella prevenzione delle malattie prevenibili da vaccino.* I professionisti operanti nei servizi vaccinali, con il loro bagaglio di competenze scientifiche sulle vaccinazioni, dovrebbero rappresentare un punto di riferimento per le vaccinazioni sia per la popolazione che per le altre figure sanitarie.

È evidente che questo implica una riorganizzazione delle procedure operative del servizio vaccinale affinché non sia soltanto un luogo per la somministrazione dei vaccini, ma un servizio

che garantisca l'offerta attiva delle vaccinazioni con *appropriate modalità di counselling*. L'utilizzo delle competenze di base del counselling dovrebbe diventare parte integrante della pratica vaccinale per creare una relazione di fiducia, basata sull'ascolto, e per fornire chiarimenti centrati sulle specifiche esigenze informative della persona, con un'attenzione alla dimensione emotiva che alimenta la percezione individuale. L'atto vaccinale è un intervento sanitario complesso con forti implicazioni familiari e sociali e rappresenta pertanto un momento importante e delicato nel processo comunicativo per costruire e mantenere credibilità. Per questo motivo è importante che l'operatore sia in grado di facilitare "l'altro", utilizzando le proprie competenze scientifiche e comunicativo-relazionali, per favorire una scelta consapevole e responsabile (corresponsabilità).

Incentivazione di un ruolo attivo degli operatori sanitari del territorio nell'offerta vaccinale

La collaborazione dei servizi vaccinali con gli operatori sanitari del territorio è necessaria per il successo del programma vaccinale per l'HPV.

Molti studi italiani e internazionali (sia in tema di vaccinazione contro l'HPV che di vaccinazioni in generale) hanno evidenziato il peso rilevante dell'opinione di un medico di fiducia sulla decisione di accettare o meno una vaccinazione. Gli MMG e i pediatri rappresentano l'anello di congiunzione cruciale tra il vaccinando e il centro vaccinale. I ginecologi rappresentano un referente importante delle donne per le tematiche che riguardano la sfera sessuale come è l'HPV. Essendo la vaccinazione offerta gratuitamente alle dodicenni, la famiglia è pienamente coinvolta nel processo decisionale; la mamma della ragazza potrebbe vedere nel proprio ginecologo un consulente importante per la scelta di una vaccinazione contro una malattia a trasmissione sessuale responsabile del tumore della cervice uterina. Inoltre in molte Regioni l'offerta gratuita e attiva della vaccinazione è stata estesa a ragazze più grandi, che potrebbero trovare nel ginecologo un prezioso referente.

Da molti lavori emerge chiaramente che gli MMG, i pediatri e ginecologi sono considerate le fonti informative più fidate per ottenere informazioni su HPV e vaccinazione. Anche dalla nostra indagine sui motivi di mancata vaccinazione, emerge che il pediatra/medico di base sono considerati dall'80% dei rispondenti la fonte più affidabile di informazioni sulla vaccinazione contro l'HPV, mentre il ginecologo lo è per il 64% dei rispondenti. Di questi, tuttavia, circa un 30% non ha ottenuto informazioni da tali figure professionali. In questo contesto, è presumibile che un *ruolo più attivo di informazione e offerta della vaccinazione svolto dal medico di base, pediatra o ginecologo* avrebbe un terreno fertile per avviare un percorso decisionale verso una scelta consapevole sulla vaccinazione.

La sensibilizzazione di medici di base, pediatri e ginecologi verso la tematica delle vaccinazioni e il loro coinvolgimento nella rete di cui sopra, agevolerebbe l'accertamento dello stato vaccinale dei propri assistiti (inclusi ovviamente i nuovi pazienti), che dovrebbe entrare nella pratica quotidiana degli operatori sanitari. La verifica dello stato vaccinale dell'adolescente ha lo scopo di raccomandare, se non ancora effettuate, le vaccinazioni appropriate per l'età, recuperando i non vaccinati e inviandoli al servizio vaccinale.

Offerta integrata di vaccinazioni per l'adolescente

Un ruolo attivo dell'operatore sanitario è cruciale soprattutto per una vaccinazione che ha un target adolescenziale, quale la vaccinazione contro l'HPV. Gli adolescenti sono notoriamente una popolazione difficile da raggiungere. Nell'adolescente le coperture per tutte le vaccinazioni non sono ottimali; basti pensare alla vaccinazione contro la difterite e il tetano (dT): questo richiamo è previsto dal calendario vaccinale all'età di 13-15 anni da molti anni e, secondo i dati dell'ultima indagine nazionale ICONA (2008) sulle coperture vaccinali, la percentuale di sedicenni con la quinta dose di dT supera di poco il 50%. Per ottimizzare le risorse e gli sforzi per raggiungere gli adolescenti, potrebbe essere utile concentrarsi non sulla singola vaccinazione ma sul target vaccinale, proponendo un *pacchetto di vaccinazioni per l'adolescente* che includa tutte le vaccinazioni previste per questa fascia di età: HPV, dTP, MPR, varicella, meningococco. Come emerso dai focus group con gli operatori sanitari, potrebbe essere utile presentare tale programma ai genitori alla fine del ciclo delle vaccinazioni pediatriche. Il ruolo attivo del medico di famiglia è indispensabile per sfruttare ogni occasione opportuna di accesso dell'adolescente al servizio sanitario per proporgli le vaccinazioni appropriate secondo l'età e la gratuità prevista.

Formazione degli operatori sanitari in tema di HPV e vaccinazione, inclusi gli aspetti legati al counselling

Nell'ambito del processo comunicativo, la comunicazione unidirezionale e generalizzata e la *comunicazione interpersonale* tra ragazze/famiglie e operatore sanitario rappresentano due componenti che si integrano e completano; riteniamo, tuttavia, che un'efficace comunicazione interpersonale sia molto importante per le vaccinazioni; questo è ancor più vero per la vaccinazione contro l'HPV per cui il messaggio da trasmettere è particolarmente complesso.

Come detto, la vaccinazione contro l'HPV è una vaccinazione peculiare per vari aspetti:

- *caratteristiche legate alla popolazione target dell'offerta vaccinale*: l'offerta gratuita e attiva è diretta alle dodicenni, una fascia di età difficile da raggiungere; la comunicazione deve coinvolgere sia le ragazze pre-adolescenti che le loro famiglie;
- *caratteristiche legate all'infezione da HPV*: l'infezione si trasmette per via sessuale; l'infezione persistente può evolvere in neoplasia del collo dell'utero a distanza di decenni dall'infezione;
- *caratteristiche legate al vaccino*: non protegge contro tutti i tipi di HPV; i due vaccini disponibili in commercio hanno caratteristiche diverse (il vaccino quadrivalente protegge anche dai condilomi); l'efficacia è più elevata se il vaccino viene somministrato prima dell'avvio dei rapporti sessuali;
- *multidisciplinarietà delle figure professionali sanitarie che ruotano intorno a questa vaccinazione*: medico di medicina generale, pediatra, ginecologo, operatori dei consultori e dei servizi vaccinali, oncologo, operatori dei servizi di screening cervicale.

Sono, quindi, molteplici le informazioni da veicolare per rendere le ragazze e le loro famiglie in grado di effettuare una scelta consapevole. Una comunicazione efficace contestuale all'offerta vaccinale dovrebbero includere i seguenti aspetti:

- caratteristiche del vaccino e dati di efficacia;
- dati epidemiologici su infezione da HPV e cervicocarcinoma;

- proporzione di tumori prevenibili con il vaccino;
- descrizione delle possibili reazioni avverse e degli aspetti legati alla sicurezza;
- complementarità tra vaccinazione contro l'HPV e pap-test.

È importante, infatti, ribadire la necessità di sottoporsi periodicamente allo screening (pap-test o HPV test, in base ai protocolli regionali) dopo l'avvio dell'attività sessuale, perché il vaccino non previene la totalità dei tumori della cervice uterina. Spiegare che il vaccino è più efficace se somministrato in donne che non sono ancora entrate in contatto con il virus, potrebbe supportare i genitori che non vogliono vaccinare la propria figlia perché troppo giovane, non ancora sessualmente attiva e che ritengono precoce e inappropriato introdurre un tema legato alla sessualità in ragazze pre-adolescenti. Nel 45% delle famiglie della nostra popolazione, il fatto che la figlia sia giovane e non ancora sessualmente attiva ha influito molto o abbastanza sulla decisione di non aderire al programma vaccinale per l'HPV. È importante ricordare che il rischio che questa vaccinazione potesse favorire comportamenti sessuali promiscui è stato uno dei timori iniziali legati alla vaccinazione contro l'HPV.

Va anche sottolineato che gli operatori sanitari che sono coinvolti nella scelta decisionale sulla vaccinazione contro l'HPV, come ad esempio gli operatori dei servizi vaccinali, si devono confrontare con le ragazze e le famiglie su tematiche di natura sessuale, che quotidianamente non sono abituati a gestire e che necessitano di una specifica esperienza. Nello stesso modo altri operatori, come ad esempio i ginecologi, si trovano a parlare di vaccinazioni addentrandosi in un mondo complesso che ha bisogno di competenze specifiche, ma anche di messaggi univoci.

È fondamentale quindi che l'offerta della vaccinazione venga strutturata integrando le competenze di counselling e le adeguate conoscenze per affrontare i diversi argomenti, con trasparenza, chiarezza ed esaustività, in base ai tempi e alle specifiche esigenze della persona.

A tal fine nell'ambito del progetto VALORE è stato sviluppato un pacchetto formativo da utilizzare per la formazione degli operatori sanitari, con i seguenti contenuti: epidemiologia dell'HPV e del carcinoma della cervice uterina; vaccinazione contro l'HPV; strategie vaccinali; pianificazione della strategia comunicativa. Il pacchetto formativo, disponibile su richiesta, è stato divulgato attraverso e-mail ai referenti regionali e locali per HPV, ai partecipanti al progetto VALORE e attraverso la pubblicizzazione tramite il portale di EpiCentro (<http://www.epicentro.iss.it/problemi/hpv/pdf/Presentazione%20PACCHETTO%20FORMATI%20VO.pdf>).

Approfondimento dei rischi e dei benefici della vaccinazione attraverso una comunicazione chiara, trasparente, esaustiva e documentata

È necessario *migliorare l'informazione sui dati relativi all'efficacia del vaccino e alle reazioni avverse della vaccinazione contro l'HPV*, e di tutte le vaccinazioni in generale. La paura degli eventi avversi è stata indicata come la principale barriera alla vaccinazione e circa la metà del campione considera pericolose tutte le vaccinazioni.

La riduzione dell'incidenza delle malattie prevenibili da vaccino ha favorito, in alcuni settori della popolazione, la tendenza a mettere in discussione la sicurezza dei vaccini e la loro necessità. Spesso accade che la percezione del rischio delle possibili conseguenze della vaccinazione sia più alta rispetto a quella della specifica malattia infettiva che la vaccinazione previene. La perdita della memoria storica dei rischi causati dalle malattie infettive ha determinato nel contesto sociale un considerevole aumento della percezione dei rischi vaccinali. I vaccini sono vittime del loro successo.

Va inoltre, evidenziato come la disponibilità di molteplici fonti informative e il livello culturale generalmente più elevato ha reso i cittadini più competenti e responsabili delle proprie scelte di salute. Le persone sono generalmente più informate, vogliono sapere, capire. Le informazioni circolano e si diffondono, sono facilmente accessibili, grazie a mezzi di comunicazione prevalentemente unidirezionali quali carta stampata, televisione, radio, siti internet, materiale informativo distribuito in molteplici contesti. Tuttavia la mole delle informazioni e la loro disomogeneità generano spesso confusione, e, poiché raggiungono un numero consistente di persone con vissuti, percezioni e storie di vita diverse, favoriscono l'emergere di dubbi, preoccupazioni, ansie, che non possono essere affrontati per proprio conto, ma che piuttosto richiedono il confronto con figure professionali di riferimento competenti e credibili.

A tal proposito, è opportuno evidenziare che alcune tematiche quali ad esempio gli effetti collaterali e le possibili reazioni avverse causate dai vaccini, il bilancio su rischi e benefici della malattia e della vaccinazione, la confusione informativa causata da messaggi contrastanti, o ancora le implicazioni personali legate alla scelta vaccinale, non possono trovare risposte e chiarimenti solo attraverso la lettura di materiali scritti, ma richiedono piuttosto un confronto con figure di riferimento competenti e credibili, nell'ambito di una relazione interpersonale di fiducia. Infatti solo in questo contesto è possibile far emergere e ascoltare paure, dubbi, perplessità e fornire informazioni chiare, complete, aggiornate e personalizzate, che si inseriscano nello schema cognitivo ed emotivo della persona e che possano chiarire la confusione generata da messaggi contraddittori, contenere le reazioni emotive e quindi facilitare un processo decisionale consapevole.

Affrontare il tema degli eventi avversi con estrema trasparenza e chiarezza, come parte integrante degli aspetti discussi in occasione dell'offerta vaccinale, permetterebbe di anticipare e chiarire dubbi presenti nella maggior parte della popolazione. Affrontare onestamente e con dati alla mano il rapporto tra rischi delle vaccinazioni da un lato e pericolosità delle malattie dall'altro potrebbe essere la chiave per ridurre il timore verso le vaccinazioni in generale e viverle con più serenità.

L'adesione all'offerta vaccinale deve essere, infatti, frutto di una scelta autonoma e responsabile, sostenuta da un'adeguata comunicazione e da un'attenzione alle specifiche esigenze informative della persona e alle implicazioni emotive determinate dal processo decisionale.

Buone pratiche vaccinali per migliorare la *compliance* vaccinale

Dall'indagine sulle campagne vaccinali per l'HPV condotte nelle Regioni/PA e ASL, alcune buone pratiche vaccinali sono risultate positivamente associate con il raggiungimento di una copertura vaccinale più alta. In concomitanza con la chiamata attiva, molte attività e buone pratiche sono state adottate nella maggior parte delle ASL. Si ritiene fondamentale stressarne l'importanza e sollecitarne l'introduzione nelle realtà locali che non le hanno adottate. In particolare, relativamente alla modalità di *invito attivo* delle ragazze è risultato utile:

- indicare la data della seduta vaccinale presso il servizio vaccinale (modificabile su richiesta) nella lettera di invito (piuttosto che lasciare che le famiglie si adoperino per contattare il servizio vaccinale e prendere l'appuntamento);
- indicare una linea telefonica per informazioni dedicate alla vaccinazione nella lettera di invito;

- inviare di materiale informativo attraverso la lettera di invito.

È inoltre importante introdurre nelle procedure di chiamata il *sollecito attivo* delle ragazze inadempienti alla prima chiamata.

Il 7% delle lettere inviate nell'indagine dei motivi di mancata vaccinazione è tornato al mittente (con ampia variabilità tra ASL) e il 7% delle famiglie rispondenti ha dichiarato di non aver ricevuto alcuna lettera di invito da parte della ASL per la vaccinazione contro l'HPV indirizzata alla propria figlia. L'introduzione di procedure di verifica degli indirizzi delle irreperibili, al momento presenti solo nel 26% delle ASL, permetterebbe di recuperare una quota di ragazze. La distribuzione delle lettere attraverso le scuole potrebbe agevolare il raggiungimento dell'intera coorte da vaccinare; ovviamente questo richiederebbe il coinvolgimento massivo delle scuole, pubbliche e private.

Ovviamente l'implementazione di un'*anagrafe vaccinale* collegata con l'anagrafe di popolazione sarebbe di supporto; questo è uno degli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012-2014, così come lo è stato per i precedenti Piani Nazionali Vaccini. L'anagrafe vaccinale permetterebbe di rilevare periodicamente le coperture vaccinali e identificare tempestivamente aree di bassa copertura; identificare facilmente le inadempienti; pianificare remainder per gli operatori.

Infine, tra le buone pratiche è importante mettere in atto strategie per migliorare l'accesso delle famiglie non italiane all'informazione sulle vaccinazioni.

Promuovere la collaborazione con le scuole: incontri informativi/educativi con genitori e ragazzi e giornate di vaccinazione

Numerosi studi presenti in letteratura evidenziano l'efficacia di incontri informativi con la popolazione per migliorare la *compliance* alla vaccinazione contro l'HPV e alle vaccinazioni in generale. Le scuole sono inoltre il posto ideale per l'organizzazione di incontri informativi con le ragazze e/o le famiglie per la promozione della vaccinazione contro l'HPV. Le ragazze adolescenti che hanno partecipato ai focus group del progetto VALORE hanno espressamente dichiarato la volontà di avere informazioni, non soltanto attraverso materiale informativo cartaceo, ma attraverso una comunicazione interpersonale, attraverso incontri con persone esperte a cui poter fare domande e hanno indicato le scuole come posto ideale per tali incontri. Tra gli operatori coinvolti nei focus group, quelli che hanno organizzato incontri informativi in tema di HPV con studenti, e a volte anche con i genitori, nelle scuole hanno riferito un notevole successo di tali iniziative in termini di coinvolgimento emotivo, partecipazione e interesse.

Dall'indagine sulle campagne vaccinali emerge che solo nel 34% delle ASL sono stati effettuati incontri educativi con le famiglie e le ragazze, generalmente nelle scuole; nella maggior parte dei casi però non sono state coinvolte tutte (o la gran parte) delle scuole del territorio competente.

Numerosi studi/revisioni presenti in letteratura ed esperienze di altre nazioni hanno mostrato che la vaccinazione in ambito scolastico rappresenta un ottimo modello per offrire la vaccinazione contro l'HPV e favorisce il raggiungimento di buone coperture vaccinali. Laddove possibile, compatibilmente con l'organizzazione dei servizi vaccinali e scolastici, la promozione di giornate di vaccinazione nelle scuole potrebbe aumentare la compliance alla vaccinazione contro l'HPV.

Utilizzo di “moderni” strumenti comunicativi e informativi

La classe medica può rispondere ancora in modo significativo ai bisogni della popolazione, godendo di una certa fiducia da parte della popolazione; viene, però, messa sempre di più a confronto con altre fonti di informazioni esterne al sistema sanitario. Tra le fonti considerate più rilevanti, dopo il pediatra/medico di famiglia e il ginecologo, viene menzionato il web, dove il 34% delle famiglie rispondenti all'indagine sui motivi di mancata vaccinazione ha cercato informazioni.

Avendo la maggior parte dei siti censiti su Internet posizioni negative rispetto alle vaccinazioni, sarebbe auspicabile un maggior *attivismo delle istituzioni su Internet*, fornendo informazioni chiare, complete e trasparenti, monitorando i siti dei movimenti antivaccinatori e intervenendo sui contenuti considerati fuorvianti.

Dai focus group effettuati con le ragazze adolescenti è chiaramente emerso l'utilizzo di internet come fonte di informazioni, che però viene consultato con atteggiamento critico dalle ragazze, consapevoli del rischio di imbattersi in informazioni non veritiere. Le ragazze hanno espresso il desiderio di disporre di siti internet/blog ufficiali su cui poter cercare informazioni su HPV e vaccinazione di cui potersi fidarsi.

Lo stesso bisogno, sebbene in una diversa prospettiva, è emerso nei focus group con gli operatori, che apprezzerebbero la presenza di siti scientifici e pratici di riferimento su questa tematica e sulle tematiche relative alle vaccinazioni, su cui attingere informazioni strutturate, aggiornate e di qualità e da consultare per avere chiare indicazioni di comportamento.

Strategie per una comunicazione partecipata

Una strategia di comunicazione rappresenta un presupposto fondamentale per garantire interventi non improvvisati, concordati tra i soggetti e le Istituzioni coinvolte, monitorati e orientati al raggiungimento di obiettivi comunicativi identificati in modo chiaro coerentemente con la definizione dei target, degli strumenti, dei tempi e delle risorse disponibili.

Affinché si possano realizzare interventi efficaci, è necessario identificare le istituzioni deputate alla gestione dei processi comunicativi e fare in modo che tali Istituzioni decidano di condividere informazioni, percezioni e scelte con i diversi interlocutori, prediligendo un approccio comunicativo di tipo partecipativo ed evitando di ricorrere alla comunicazione quando non se ne può fare a meno, improvvisando gli interventi e perdendo in tal modo credibilità.

L'approccio “partecipativo” al quale si fa riferimento è basato sul “principio della chiarezza e della trasparenza” degli obiettivi, dei processi attivati e delle relazioni che li caratterizzano. Tale approccio, che pone particolare attenzione all'ascolto, al dialogo, all'attivazione e al mantenimento di reti relazionali, rappresenta una risorsa importante in quanto favorisce l'integrazione tra tutte le parti coinvolte al fine di costruire fiducia e credibilità.

Tale approccio valorizza la bidirezionalità e, pertanto, affianca o sostituisce strategie di comunicazione caratterizzate da un passaggio unidirezionale, dall'alto verso il basso, di conoscenze e decisioni, che si ritiene possano essere accettate indipendentemente dalle specifiche esigenze individuali e dalle implicazioni personali.

Data la complessità dei contenuti da comunicare, la molteplicità degli attori coinvolti e la varietà dei mezzi di comunicazione disponibili, l'elaborazione di un piano di comunicazione, è un elemento indispensabile per garantire la partecipazione di tutte le figure coinvolte nella

vaccinazione e quindi per sviluppare attività di comunicazione efficaci adeguate al target di riferimento e agli obiettivi comunicativi. L'esistenza di una progettualità istituzionale favorisce, pertanto, il superamento di interventi improvvisati e non condivisi, promuovendo la collaborazione e l'integrazione, necessarie per la costruzione di reti sul territorio.

Anche l'acquisizione/perfezionamento delle competenze di base del counsellig può rappresentare un valore aggiunto alla professionalità di tutti gli operatori coinvolti nella promozione della vaccinazione, fornendo loro la possibilità di poter condurre la relazione professionale in modo strategico e competenze, non solo rispetto ai contenuti, ma anche rispetto ai processi comunicativi, necessari per gestire la propria dimensione personale e per facilitare scelte vaccinali consapevoli.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. WHO Position Paper. Human papillomavirus vaccines. *Weekly Epidemiological Record* 2009;15(84):117-32. Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/wer/2009/wer8415.pdf>; ultima consultazione 28/11/2013.
2. Ministero della Salute. *Intesa tra il governo, le Regioni e le Province autonome concernente "Strategie per l'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da HPV in Italia"*. Atto Rep. n. 264 del 20 dicembre 2007. Roma: Ministero della Salute; 2007. Disponibile all'indirizzo: http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_016696_264%20csr.pdf; ultima consultazione 28/11/2013
3. Ministero della Salute. Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014". *Gazzetta Ufficiale* n. 60 *Supplemento Ordinario* n. 47, 22 marzo 2012. Disponibile all'indirizzo: http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_035260_54%20csr%20punto%204.pdf; ultima consultazione 28/11/2013
4. Giambi C. *Stato di avanzamento della campagna vaccinale per l'HPV: dati di copertura vaccinale al 30/06/2013. Rapporto semestrale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. Disponibile all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/problemi/hpv/pdf/HPV_30-06-2013.pdf; ultima consultazione 28/11/2013.
5. ICONA Working Group. *ICONA 2008: national vaccination coverage survey among children and adolescents*. Roma Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/29). Disponibile all'indirizzo: http://www.iss.it/binary/publ/cont/09_29_web.pdf; ultima consultazione 28/11/2013
6. Donati S, Giambi C, Declich S, Salmaso S, Filia A, Ciofi degli Atti ML, *et al*. Knowledge, attitude and practice in primary and secondary cervical cancer prevention among young adult Italian women. *Vaccine* 2012;30(12):2075-82.
7. Di Giuseppe G, Abbate R, Liguori G, Albano L, Angelillo IF. Human papillomavirus and vaccination: knowledge, attitudes, and behavioural intention in adolescents and young women in Italy. *Br J Cancer* 2008;99(2):225-9.
8. Hopkins TG, Wood N. Female human papillomavirus (HPV) vaccination: global uptake and the impact of attitudes. *Vaccine* 2013;31(13):1673-9.
9. Trim K, Nagji N, Elit L, Roy K. Parental knowledge, attitudes, and behaviours towards human papillomavirus vaccination for their children: a systematic review from 2001 to 2011. *Obstet Gynecol Int* 2012;2012:921236.
10. Holman DM, Benard V, Roland KB, Watson M, Liddon N, Stokley S. Barriers to human papillomavirus vaccination among US adolescents. A systematic review of the Literature. *JAMA Pediatr* 2013; 25 november 2013. Doi:10.1001/jamapediatrics.2013.2752
11. Guide to Community Preventive Services. Increasing appropriate vaccination. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/vaccines/index.html>; ultima consultazione 28/11/2013.
12. Kessels SJ, Marshall HS, Watson M, Braunack-Mayer AJ, Reuzel R, Tooher RL. Factors associated with HPV vaccine uptake in teenage girls: a systematic review. *Vaccine* 2012;30(24):3546-56.
13. Skinner SR, Cooper Robbins SC. Voluntary school-based human papillomavirus vaccination: an efficient and acceptable model for achieving high vaccine coverage in adolescents. *J Adolesc Health* 2010;47(3):215-8.

14. U.S. Department of Health and Human Services. *Simply put. A guide for creating easy-to-understand materials*. Atlanta: CDC; 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.cdc.gov/healthcommunication/ToolsTemplates/Simply_Put_082010.pdf; ultima consultazione 28/11/2013
15. The Health Communication Unit. *Health communication message review criteria*. Toronto, ON: University of Toronto, Dalla Lana School of Public Health; 2002. (Rep. No. 3 Vol. 2)
16. National Cancer Institute. *Designing print materials: a communication guide for breast cancer screening*. Bethesda (MD): NIH, 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://appliedresearch.cancer.gov/icsn/manual.pdf>; ultima consultazione 28/11/2013
17. Gadotti G, Bernocchi R. *La pubblicità sociale. Maneggiare con cura*. Roma: Carocci; 2010.
18. Gadotti G (Ed.). *La comunicazione sociale. Soggetti, strumenti e linguaggi*. Milano: Arcipelago; 2001.
19. Polesana MA. *La pubblicità intelligente. L'uso dell'ironia in pubblicità*. Milano: Franco Angeli; 2005
20. Dutta-Bergman MJ. Theory and practice in health communication campaigns: a critical interrogation. *Health Communication* 2005;18(2):103-22.
21. Ferro E, Tosco E. Stili e strategie per comunicare la salute. In: Cucco E, Pagani R, Pasquali M, Soggia A (Ed.). *Secondo rapporto sulla comunicazione sociale in Italia*. Bologna: Carocci Editore; 2011. p. 2-19.
22. Santoro E. *Web 2.0 e medicina*. Roma: Il Pensiero Scientifico; 2009.
23. Poscia A, Santoro A, Collamati A, Giannetti G, de Belvis AG, Ricciardi W, et al. Availability and quality of vaccines information on the web: a systematic review and implication in public health. *Ann Ig* 2012;24(2):113-21.
24. Chadenier GM, Colzani E, Faccini M, Borriello CR, Bonazzi C. Assessment of the first HPV vaccination campaign in two northern Italian health districts. *Vaccine* 2011;29(26):4405-8.
25. Esposito S, Bosis S, Pelucchi C, et al. Pediatrician knowledge and attitudes regarding human papillomavirus disease and its prevention. *Vaccine* 2007;25(35):6437-46.
26. Tafuri S, Martinelli D, Vece MM, Quarto M, Germinario C, Prato R. Communication skills in HPV prevention: an audit among Italian healthcare workers. *Vaccine* 2010;28(34):5609-13.
27. Morgan David L. *The focus group Guidebook. Focus group Kit, vol 1*. Thousand Oaks: SAGE Publications; 1998.
28. Krueger Richard A. *Developing questions for focus groups. Focus group Kit, vol 3*. Thousand Oaks: SAGE Publications; 1998.

APPENDICE A
Indicazioni per la pianificazione della comunicazione
sulla vaccinazione contro l'HPV

Introduzione

I cambiamenti socio-culturali degli ultimi venti-trenta anni hanno profondamente modificato l'approccio alla salute, oggi sempre più considerata come un bene globale, da mantenere e sviluppare attraverso un impegno collettivo e individuale. La tutela della salute rappresenta, infatti, una responsabilità che coinvolge i singoli individui, la comunità familiare e sociale, le Agenzie del Servizio Sanitario Nazionale e le altre Istituzioni non sanitarie. Obiettivo comune è promuovere uno stile di vita sano e prevenire il verificarsi di stati patologici o di disagio, modificando situazioni e comportamenti a rischio che li possono favorire.

Tale impostazione ha comportato una ridefinizione di ruoli e attività dei protagonisti del "sistema salute", ma anche delle strategie di intervento, oggi tendenzialmente orientate all'integrazione delle professionalità e delle competenze (lavoro in equipe e lavoro di rete) e al riconoscimento della centralità della persona con la quale condividere valutazioni e scelte.

All'interno di questo scenario, particolare attenzione va rivolta al tema delle vaccinazioni, e all'impatto che i cambiamenti culturali e sociali hanno avuto sulla pratica vaccinale.

Un aspetto che, ancora oggi, in Italia caratterizza la pratica vaccinale e influenza l'approccio alle vaccinazioni è il vincolo dell'obbligatorietà e, quindi, la distinzione tra vaccinazioni obbligatorie e vaccinazioni raccomandate. Tuttavia, poiché sembra essere imminente il superamento di tale impostazione che, eliminando l'obbligatorietà, renderà tutte le vaccinazioni raccomandate, è importante riflettere sull'opportunità di adottare strategie operative basate su una rinnovata impostazione dell'offerta vaccinale, prevalentemente orientata all'adesione o al rifiuto consapevole da parte della popolazione target, nell'ottica della promozione della salute.

D'altra parte il concetto dell'obbligatorietà vaccinale ha contribuito ad alimentare negli operatori una mentalità e un atteggiamento di tipo direttivo-paternalistico o persuasivo, prevalentemente centrato sul proprio punto di vista di esperto della materia. Questo atteggiamento si è molto spesso tradotto in un impegno a "vincere" nella relazione con l'obiettivo di "convincere" l'altro; una modalità che ha, inoltre, sovraccaricato lo stesso operatore di responsabilità decisionali unilaterali rispetto alla scelta vaccinale, rinunciando ad una condivisione di responsabilità con la persona o le persone protagoniste dell'atto vaccinale (principio della corresponsabilità) (1).

Pertanto, le trasformazioni in corso impongono una riflessione sugli aspetti fondamentali dell'attività vaccinale: l'organizzazione dei servizi, la condivisione delle scelte strategiche a livello nazionale, regionale e locale, la strategia di comunicazione per l'offerta attiva, il potenziamento delle competenze degli operatori, la sinergia e la collaborazione integrata tra tutti i servizi e le figure professionali coinvolte nel percorso vaccinale, il potenziamento della rete, la valorizzazione del ruolo dell'operatore vaccinale nel più ampio processo di prevenzione e promozione della salute (2).

Complessità della scelta vaccinale

L'atto vaccinale è un intervento sanitario complesso con forti implicazioni familiari e sociali, è rivolto a una "singola persona", e nello stesso tempo, è finalizzato a un risultato di salute pubblica per l'intera comunità. Inoltre, molto spesso quella "persona" è un bambino molto piccolo, in salute e, infatti, ciò che più di ogni altra cosa preoccupa i genitori è che questo stato di salute possa essere intaccato da eventuali effetti collaterali o reazioni avverse causate dal vaccino (3).

Va inoltre evidenziato come la disponibilità di molteplici fonti informative e il livello culturale generalmente più elevato ha reso i cittadini più competenti e responsabili delle proprie scelte di salute. Le persone sono generalmente più informate, vogliono sapere, capire. Le informazioni circolano e si diffondono, sono facilmente accessibili, grazie a mezzi di comunicazione, prevalentemente unidirezionali, quali materiale informativo distribuito in molteplici contesti, carta stampata, televisione, radio, siti internet. Tuttavia, la mole di informazioni e la loro disomogeneità genera spesso confusione e, poiché raggiunge un numero consistente di persone con vissuti, percezioni e storie di vita diverse, favorisce l'emergere di dubbi, preoccupazioni, ansie, che non possono essere affrontati per proprio conto, ma che piuttosto richiedono il confronto con figure professionali di riferimento competenti e credibili.

Non va d'altra parte sottovalutato il fatto che la riduzione dell'incidenza delle malattie prevenibili da vaccino ha favorito, in alcuni settori della popolazione, la tendenza a mettere in discussione la sicurezza dei vaccini e la loro necessità. Spesso accade che la percezione del rischio delle possibili conseguenze della vaccinazione sia più alta rispetto a quella della specifica malattia infettiva che la vaccinazione previene. La perdita della memoria storica dei rischi causati dalle malattie infettive ha determinato nel contesto sociale un considerevole aumento della percezione dei rischi vaccinali.

A tal proposito, è opportuno evidenziare che, alcune tematiche quali ad esempio gli effetti collaterali e le possibili reazioni avverse causate dai vaccini, il bilancio su rischi e benefici della malattia e della vaccinazione, o la confusione informativa causata da messaggi contrastanti, o ancora le implicazioni personali legate alla scelta vaccinale, non possono trovare risposte e chiarimenti solo attraverso la lettura di materiali scritti, ma richiedono piuttosto un confronto con figure di riferimento competenti e credibili, nell'ambito di una relazione interpersonale di fiducia. Infatti solo in questo contesto è possibile far emergere e ascoltare paure, dubbi, perplessità e fornire informazioni chiare, complete, aggiornate e personalizzate, che si inseriscano nello schema cognitivo e emotivo della persona e che possano facilitare un processo decisionale consapevole.

L'adesione all'offerta vaccinale deve essere, infatti, frutto di una scelta autonoma e responsabile, sostenuta da un'adeguata comunicazione e da un'attenzione alle specifiche esigenze informative della persona e alle implicazioni emotive determinate dal processo decisionale.

Queste considerazioni vogliono evidenziare quanto sia importante organizzare il processo comunicativo in modo ragionato e pianificato, considerando la comunicazione come competenza e come risorsa. Secondo tale ottica, la finalità dell'attività di comunicazione è duplice: da una parte è orientata a sviluppare le conoscenze della popolazione generale e di target specifici e inoltre, utilizzando appropriati mezzi di comunicazione a modificare percezioni, credenze e atteggiamenti, con l'obiettivo di potenziare le competenze dei singoli individui e facilitare scelte consapevoli (empowerment); dall'altra è orientata a favorire il dialogo e la sinergia tra istituzioni diverse, tra operatori sanitari e non sanitari, e tra questi e la società civile, affinché ognuno si impegni, in base al proprio ruolo e al proprio livello di responsabilità, in interventi integrati e intersettoriali, necessari per un'efficace comunicazione con "l'esterno" (4).

Peculiarità della vaccinazione contro l'HPV: pluralità dei punti di vista e confusione comunicativa

L'attenzione alla comunicazione e alla collaborazione integrata è particolarmente importante per la vaccinazione contro il papillomavirus intorno alla quale molto è stato scritto e detto, evidenziando certezze e incertezze, a volte anche in modo confuso. Tale vaccinazione, oltre ad avere caratteristiche comuni alle altre, presenta alcune peculiarità che ne connotano la differenza:

- previene un'infezione sessualmente trasmessa;
- previene una neoplasia che potrebbe svilupparsi a distanza di decenni dall'infezione;
- conferisce protezione solo verso alcune tipologie di virus HPV;
- ha un'elevata efficacia solo se somministrata prima dell'avvio dell'attività sessuale;
- è rivolta ad un target non pediatrico, femminile, in età pre-adolescenziale che è importante ascoltare e considerare, anche se i genitori hanno un ruolo determinante nella scelta vaccinale;
- coinvolge professionisti appartenenti a Servizi diversi (operatori dei servizi vaccinali, pediatri, MMG, ginecologi impegnati in ambito pubblico nel consultorio e nell'ospedale e in ambito privato, ostetriche, dermatologi, chirurghi, oncologi) che si trovano ad interagire con altri soggetti istituzionali e sociali interessati alla vaccinazione contro l'HPV, con ruoli e responsabilità diverse (amministratori, media, industria, gruppi d'interesse, insegnanti, genitori, adolescenti, donne, cittadini).

È importante sottolineare che pur volendo mantenere l'erogazione della vaccinazione contro l'HPV nell'ambito del patrimonio professionale e delle prestazioni dei Servizi Vaccinali, che in molte regioni dispongono delle anagrafi vaccinali, tuttavia nell'offerta della vaccinazione al target scelto (le ragazze 12enni) sono coinvolti anche operatori fino ad oggi lontani dal mondo vaccinale. Il target al quale gli

operatori si rivolgono è un target, sia adolescente che adulto, certo più ampio e complesso rispetto al classico target dei servizi vaccinali.

Pertanto, perché sia realmente efficace la comunicazione sulla vaccinazione contro l'HPV deve fare i conti prima di tutto con la possibile confusione comunicativa generata dalla molteplicità dei punti di vista in gioco, ossia quelli di:

- ricercatori, diversi operatori sanitari, Istituzioni centrali e regionali, aziende sanitarie, a volte tra loro contrastanti;
- aziende produttrici dei vaccini;
- altre istituzioni coinvolte come ad esempio la scuola;
- media, che attivano i processi comunicativi e divulgano informazioni sempre in modo molto veloce e tempestivo, generalmente prima che venga organizzata e avviata la comunicazione istituzionale;
- persone comuni, genitori, ragazze che leggendo, informandosi, consultando internet, parlando tra loro, formulano le loro opinioni e costruiscono una propria percezione del rischio.

La confusione comunicativa, legata a tale pluralità dei punti di vista, influenza in modo considerevole la percezione individuale e collettiva, che è fortemente connotata dall'emotività dei singoli individui. Gli studi sui fattori che influenzano la percezione del rischio evidenziano infatti, che questa è prevalentemente alimentata da fattori emotivi al punto che a determinare il rischio percepito concorre un insieme di componenti che corrispondono soprattutto all'"offesa percepita" (*outrage*), più che al pericolo vero e proprio, cioè alla causa del danno (*hazard*) (5). La preoccupazione per la propria salute e per quella dei propri familiari, nonché la paura di un possibile evento "dannoso" causato dalla vaccinazione, aumentano la percezione del rischio. Il livello della percezione delle singole persone rispetto al rischio vaccinale o al rischio di tumore della cervice uterina varia infatti in base al livello delle conoscenze possedute e alle esperienze vissute.

Quasi sempre la percezione soggettiva del singolo condiziona la comunicazione con gli operatori sanitari, soprattutto nel contesto della relazione professionale interpersonale. È importante accogliere e ascoltare proprio quella percezione, prima di iniziare a informare e a proporre argomentazioni che permettano alla persona di chiarire e ridefinire la sua percezione del rischio e di decidere in modo consapevole e responsabile. A volte negli operatori può prevalere la tendenza a contrastare la percezione dell'altro soprattutto nella fase iniziale della relazione, cercando di proporre subito le informazioni aggiornate, basate su evidenze, ma "la percezione è uguale alla realtà", ciò che è percepito come reale è reale nelle sue conseguenze, cioè determina scelte e comportamenti coerenti con la percezione personale. Per questo motivo l'operatore sanitario non può prescindere da tutto quello che le persone sanno o pensano di sapere in merito ai rischi e ai benefici della vaccinazione e inoltre, per quanto riguarda la vaccinazione contro l'HPV, non può sottovalutare il fatto che si trova ad affrontare aspetti riguardanti la sfera della sessualità con i genitori e le giovani adolescenti.

L'ascolto insieme all'empatia, alla competenza ed esperienza, all'onestà e alla chiarezza, alla dedizione e all'impegno, rappresenta uno dei fattori determinanti all'origine della credibilità e fiducia delle persone (6).

Più del 50% della credibilità della comunicazione dipende infatti dal modo in cui le persone percepiscono colui o colei che comunica ("chi" comunica). Se le persone percepiscono empatia, ascolto e attenzione per la loro preoccupazione, per il loro modo di vivere e sentire il rischio, saranno più disponibili ad ascoltare e ad avere fiducia. Se invece chi comunica non è credibile perché "distante", centrato esclusivamente sui propri obiettivi informativi, il livello della fiducia sarà destinato ad abbassarsi e nello stesso tempo la componente emotiva della percezione tenderà a prevalere sulla componente cognitiva. Pertanto, il contenuto della comunicazione anche se corretto e scientificamente fondato non sarà recepito, perché veicolato nell'ambito di un processo relazionale privo di empatia, poco attento al riconoscimento delle reali esigenze informative del target, del suo stato emotivo, dei suoi valori, della sua percezione.

In questi casi spesso si assiste alla trasformazione del processo comunicativo in un conflitto tra posizioni discordanti in cui prevalgono, a volte anche in modo scomposto, le reazioni emotive e si perde di vista il "problema centrale", il tema, la situazione oggetto dello scambio comunicativo. L'ascolto attivo alimenta il rapporto di fiducia e permette di prendere in considerazione la percezione del rischio delle persone che non sempre corrisponde a quella degli esperti (7).

Sicuramente per intervenire in tal senso ogni singolo operatore ha bisogno prima di fare chiarezza a se stesso, di condividere gli obiettivi di sanità pubblica con gli altri operatori, di capire e approfondire le sue conoscenze specifiche sui rischi e i benefici della vaccinazione, di valutare la sua disponibilità e preparazione ad affrontare argomenti riguardanti la sfera della sessualità, delle Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) e del cancro. Ha anche bisogno di sentirsi parte di un progetto di comunicazione, di concordare le modalità dell'intervento comunicativo, di affinare alcune competenze relazionali, di esprimere i suoi dubbi, le sue convinzioni, di confrontarsi con i colleghi per definire le linee strategiche della proposta vaccinale. Il contesto formativo rappresenta una buona occasione, ma molte altre opportunità vanno ricercate in ogni specifico contesto regionale e locale per curare questi processi di "comunicazione interna". E d'altra parte solo una buona comunicazione interna e una pianificazione delle iniziative possono garantire efficaci processi di comunicazione esterna.

Importanza della "comunicazione interna"

Affinché l'impostazione sopra descritta possa trovare applicazione operativa, è necessario prevedere una strategia comunicativa che ponga particolare attenzione ai processi della "comunicazione interna" tra i soggetti direttamente coinvolti nella pratica vaccinale.

La creazione di efficaci relazioni interne è fondamentale per condividere la strategia organizzativa e gli obiettivi di comunicazione, per facilitare lo scambio costante di informazioni, confrontarsi sulle evidenze scientifiche o su posizioni contrastanti, per concordare i messaggi più significativi, favorire la formazione di reti e la collaborazione integrata, creando in tal modo condizioni favorevoli per comunicare in modo omogeneo ed efficace verso l'esterno.

È fondamentale sottolineare che l'efficacia della comunicazione interna è potenziata quando gli organi istituzionali, i servizi e i soggetti che partecipano con ruoli, funzioni e responsabilità diverse, sono sostanzialmente orientati allo scambio e al dialogo e quando considerano realmente importante la creazione di sinergie essenziali per la costruzione e il mantenimento della "rete". La rete coinvolge anche figure e istituzioni chiave non direttamente impegnate nell'attività vaccinale, ma strategicamente importanti per rafforzare la comunicazione con i cittadini, come ad esempio gli MMG, i pediatri di famiglia o la stessa realtà scolastica.

Tali figure possono svolgere un significativo ruolo all'interno della comunità locale, in quanto interagendo con le persone in spazi, tempi e modi diversi, possono non solo collaborare alla diffusione di informazioni corrette, omogenee, libere da opinioni e giudizi personali, ma anche raccogliere indicazioni sulla percezione dei singoli e sulle preoccupazioni prevalenti. Quest'ultimo aspetto risulta di fondamentale importanza per impostare le iniziative di comunicazione.

Pertanto, la collaborazione integrata e la circolazione delle informazioni tra tutte le figure professionali delle Istituzioni e Servizi coinvolti può senz'altro favorire la pianificazione coordinata delle attività e delle priorità, facilitare il processo comunicativo con la popolazione, i media e i soggetti sociali e attivare una partecipazione responsabile e consapevole della collettività, coinvolgendo e valorizzando figure credibili, che rivestono un ruolo significativo e di orientamento.

In questa ottica le diverse Istituzioni e figure professionali, in base al ruolo che ricoprono nell'ambito della strategia vaccinale, sono investite di specifiche responsabilità che possono determinare l'efficacia dei processi di comunicazione interna e esterna. Ad esempio a livello territoriale il Servizio vaccinale delle ASL riveste un ruolo rilevante, non solo per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, ma anche per quanto riguarda l'importante funzione di *advocacy*, facendosi promotore di iniziative d'informazione, promozione e formazione con il coinvolgimento attivo di tutti gli attori, compresa la scuola.

Le istituzioni che operano a livello centrale assumono nello stesso tempo un rilevante ruolo di coordinamento e di attivazione di scambi con le Regioni anche per la creazione di sinergie con il livello locale.

Per garantire un'impostazione condivisa e partecipata delle attività di comunicazione è opportuno esplicitare una definizione di comunicazione e alcuni principi e criteri metodologici fondamentali per delineare uno schema per la pianificazione.

Pianificazione per una comunicazione partecipata

La pianificazione delle iniziative di comunicazione rappresenta un presupposto fondamentale per garantire interventi non improvvisati, concordati, monitorati e orientati al raggiungimento di obiettivi comunicativi identificati in modo chiaro nella strategia del piano, coerentemente con la definizione dei target, degli strumenti, dei tempi e delle risorse disponibili.

Affinché si possano realizzare interventi efficaci, è necessario identificare le istituzioni deputate alla gestione dei processi comunicativi e fare in modo che tali Istituzioni decidano di condividere informazioni, percezioni e scelte con i diversi interlocutori, prediligendo un approccio comunicativo di tipo partecipativo ed evitando di ricorrere alla comunicazione quando non se ne può fare a meno, improvvisando gli interventi e perdendo in tal modo credibilità.

L'approccio "partecipativo" al quale si fa riferimento è basato sul "principio della chiarezza e della trasparenza" degli obiettivi, dei processi attivati e delle relazioni che li caratterizzano. Tale approccio, che pone particolare attenzione all'ascolto, al dialogo, all'attivazione e al mantenimento di reti relazionali, rappresenta una risorsa importante in quanto favorisce l'integrazione tra tutte le parti al fine di costruire fiducia e credibilità (8). Valorizza, inoltre, la bidirezionalità e pertanto, affianca o sostituisce strategie di comunicazione caratterizzate da un passaggio unidirezionale, dall'alto verso il basso, di conoscenze e decisioni, che si ritiene possano essere accettate, indipendentemente dalle specifiche esigenze individuali e dalle implicazioni personali.

Il processo bidirezionale permette di rendere comprensibile quanto si dice e di cogliere le necessità informative del proprio interlocutore, quindi di capire e farsi capire favorendo in tal modo la partecipazione delle parti che interagiscono.

L'elaborazione di una strategia e di un piano di comunicazione, secondo specifici criteri metodologici, è un elemento indispensabile per garantire tale partecipazione e quindi per sviluppare attività di comunicazione efficaci. L'esistenza di una progettualità istituzionale favorisce, inoltre, il superamento di vissuti di isolamento degli stessi operatori e promuove la collaborazione e l'integrazione, necessarie per la costruzione di reti sul territorio.

Per facilitare il processo della pianificazione può essere utile far riferimento a un modello che identifica quattro tappe imprescindibili:

1. sviluppo di una strategia e di un piano;
2. progettazione, realizzazione e pre-test dei messaggi e degli strumenti di comunicazione;
3. realizzazione del piano di comunicazione;
4. valutazione e perfezionamento del piano (Figura A1) (9).

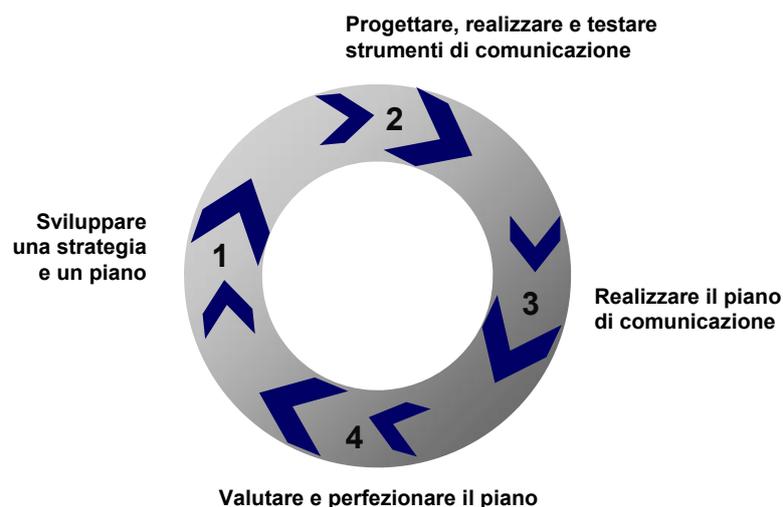


Figura A1. Ciclo del progetto di comunicazione

Al fine di elaborare il piano e definire la strategia di comunicazione, sono necessarie alcune tappe preliminari:

- approfondire le conoscenze sulla vaccinazione;
- identificare i destinatari;
- definire gli obiettivi della comunicazione;
- esplorare le modalità e le attività per raggiungere il target;
- identificare i partner potenziali;
- pianificare il monitoraggio e la valutazione del piano di comunicazione che si intende realizzare.

Approfondire le conoscenze sulla vaccinazione

La definizione del contenuto da comunicare (**cosa**) è di fondamentale importanza per incrementare le possibilità di successo del progetto di comunicazione. Il contenuto della comunicazione deve avere, pertanto, alcune specifiche caratteristiche ed essere formulato in modo da attrarre l'attenzione dei destinatari ai quali è rivolto. Deve quindi essere costantemente aggiornato, corretto, argomentato, omogeneo, deve tener conto delle "incertezze" e separare le evidenze dalle opinioni e dai giudizi; deve poter essere veicolato attraverso messaggi chiari e inequivocabili, anche ripetuti, espressi con un linguaggio comprensibile, che siano rilevanti, credibili e che abbiano senso per il target al quale sono rivolti, che rispondano alle sue esigenze informative, alle preoccupazioni, alle credenze e lo attivino nella messa in atto di scelte e comportamenti. Per facilitare la comprensione potrebbe essere utile avvalersi di metafore ed esempi che aiutino le persone a contestualizzare gli argomenti trattati (10).

Il contenuto della comunicazione sull'HPV deve anche considerare le tematiche connesse alla vaccinazione come ad esempio altre malattie sessualmente trasmissibili, screening e pap-test, ecc.

Affinché le informazioni possano essere pienamente comprese e quindi possano assumere le caratteristiche di un messaggio significativo e rilevante per la salute, è opportuno che il processo comunicativo si sviluppi *in itinere* e che il contenuto della comunicazione venga concordato di volta in volta tra esperti, Istituzioni nazionali, regionali e locali attive sul territorio, sulla base dei dati e delle evidenze disponibili, ponendo attenzione alla percezione di tutte le figure che, a diverso titolo possono essere coinvolte (genitori, adolescenti, altri colleghi, come ad esempio, MMG, ginecologi, ecc.). Per raccogliere informazioni sulla percezione del rischio è possibile ricorrere a mezzi e modalità specifiche: coinvolgimento di opinion leaders, coinvolgimento di altre figure professionali del territorio, interviste telefoniche, analisi di quanto diffuso dai media, focus groups, colloquio faccia a faccia.

Identificare i destinatari

Per poter realizzare una comunicazione efficace, sulla base delle informazioni disponibili, è necessario definire i destinatari (**chi è il target**). L'analisi delle caratteristiche del target è essenziale e, come già indicato sopra, può essere realizzata attraverso molteplici strumenti, quali ad esempio: sondaggi, interviste telefoniche, questionari, focus group, ecc.

Generalmente il target principale della comunicazione è la popolazione, o meglio specifici segmenti di popolazione, definiti non solo sulla base delle caratteristiche socio-demografiche, ma piuttosto sulla base di peculiari bisogni, valori, percezioni, interessi, vincoli, obiettivi. Sono questi gli aspetti che occorre considerare nella fase di ideazione del messaggio e nella successiva scelta dei mezzi di comunicazione. Un conto è decidere di rivolgere la comunicazione "ai cittadini", un conto è decidere di indirizzare la strategia di comunicazione alle ragazze pre-adolescenti. Se la comunicazione avesse l'obiettivo di incrementare le conoscenze delle ragazze sulla vaccinazione, queste ultime rappresenterebbero il nostro target primario. Per raggiungerle potremmo far leva anche sugli operatori sanitari del territorio, sulle figure chiave della scuola (come ad esempio le insegnanti), oppure sui loro genitori. Questi ultimi, nella loro funzione di mediazione, rappresentano il target secondario dell'intervento di comunicazione, in quanto interagendo con il target primario possono facilitare il raggiungimento dell'obiettivo.

Definire gli obiettivi della comunicazione

La formulazione degli obiettivi è probabilmente uno dei momenti più critici e difficili nella preparazione di un piano di comunicazione. La criticità è tutta nell'esigenza di definire obiettivi quanto più possibile precisi e misurabili, evitando l'eccessiva genericità.

Si possono distinguere obiettivi conoscitivi, cioè finalizzati al miglioramento delle conoscenze, e obiettivi orientati al cambiamento di credenze, atteggiamenti e comportamenti. A seconda degli obiettivi comunicativi variano anche la scelta dei mezzi di comunicazione, i tempi dell'intervento, le risorse economiche e le competenze necessarie.

Gli obiettivi dovrebbero essere:

- coerenti con le finalità che il progetto di comunicazione sostiene;
- realistici e ragionevoli, raggiungibili nei tempi, con le risorse e gli strumenti che si hanno a disposizione e in linea con le priorità individuate;
- specifici;
- misurabili;
- ordinati per priorità.

Senza una loro corretta definizione sarebbe impossibile effettuare una valutazione, cioè stabilire se l'intervento ha avuto successo o meno.

Esplorare le modalità e le attività per raggiungere il target

La definizione dettagliata del target facilita la scelta dei contesti nei quali comunicare (**dove comunicare**), dei tempi, delle modalità e delle attività per farlo.

Individuare i luoghi (i contesti) in cui è possibile raggiungere i destinatari significa riflettere anche sulla loro appropriatezza.

Oltre al luogo, anche il momento in cui si comunica (**tempi**) è fondamentale affinché il messaggio sia ascoltato, compreso e possibilmente non frainteso. Non sempre il momento scelto è quello giusto, è infatti opportuno scegliere gli spazi temporali in cui i destinatari sono più ricettivi, evitando di collocare la comunicazione in un periodo già denso di informazioni di diverso tipo.

Le modalità per veicolare i messaggi vanno identificate, di volta in volta, in base all'obiettivo comunicativo, ai destinatari, alle disponibilità economiche, alle risorse umane, ai tempi, al contesto e sono tra loro integrabili

Esistono diversi livelli per comunicare: il livello interpersonale, quello del piccolo gruppo e il livello che identifica come destinatario la comunità/popolazione generale.

Per ogni livello sono disponibili diversi mezzi di comunicazione. Ad esempio per coinvolgere un'ampia parte della comunità si possono utilizzare strumenti prevalentemente di tipo unidirezionale che non prevedono un feedback immediato, utili per migliorare le conoscenze, stimolare il target a ricercare ulteriori informazioni e/o servizi, aumentare in alcuni casi la consapevolezza di un rischio per la salute o di una scelta: radio, TV, riviste, opuscoli informativi, lettere, siti internet.

Generalmente, il cambiamento di atteggiamenti, intenzioni e comportamenti avviene solo se l'attività di comunicazione rivolta alla popolazione generale dura nel tempo, se viene integrata con altri interventi di comunicazione interpersonale e di educazione rivolti a target specifici e se prevede la costruzione della rete, con il coinvolgimento di diverse figure di riferimento.

La relazione interpersonale, sia individuale che nel piccolo gruppo, favorisce, infatti, il confronto, il dialogo, l'attenzione ai vissuti e alla dimensione emotiva dell'"altro", consente il passaggio di informazioni personalizzate e l'attivazione del processo decisionale. In questo scambio interattivo va posta particolare attenzione non solo alla comunicazione verbale, ma anche a quella non verbale (espressione del volto, sguardo, gesti e movimenti del corpo, postura, mimica) e paraverbale (volume, timbro e tono della voce, ritmo, sospiri, silenzi) (11).

Il paraverbale diventa poi determinante nel colloquio telefonico che, in ambito vaccinale, rappresenta una modalità di comunicazione molto importante in quanto, spesso, costituisce il primo contatto diretto del Servizio con i cittadini.

Il tono del messaggio è comunque determinante anche nella redazione di materiali scritti come lettere, opuscoli, poster, ecc.

Va inoltre evidenziato che per comunicare con i colleghi o con altre figure professionali coinvolte sulla vaccinazione contro l'HPV è opportuno utilizzare strumenti adeguati a questo specifico target, come pubblicazioni scientifiche, schede informative tematiche (SIT) organizzazione di convegni o interventi in incontri sul tema, riunioni, seminari.

Per mettere a punto prodotti efficaci e appropriati alle finalità e al target che si intende raggiungere, sarebbe opportuno avviare un'attività di **pre-test** degli strumenti di comunicazione e dei messaggi. Il pre-test permette di conoscere il punto di vista e la reazione dei destinatari rispetto all'idea proposta, di comprendere se i materiali sono coerenti con la strategia del piano di comunicazione e con i bisogni dei target individuati, se sono appropriati, comprensibili, rilevanti. Sarebbe, pertanto, opportuno revisionare i prodotti fino a quando non si considerino efficaci per il raggiungimento degli obiettivi in modo da evitare di commettere errori.

Per realizzare il pre-test è opportuno coinvolgere direttamente un gruppo di persone rappresentative del target più ampio e attraverso strumenti ad hoc (questionari, interviste, focus group) raccogliere le indicazioni per revisionare i materiali. Nello stesso tempo sarebbe opportuno che anche esperti sia dell'argomento trattato che di comunicazione rivedessero i prodotti per evidenziare eventuali errori nei contenuti o nelle modalità di realizzazione.

Il pre-test è un processo ricorsivo che può essere effettuato anche più volte fino a quando non si ritiene che gli strumenti di comunicazione possano svolgere effettivamente la funzione per la quale sono stati creati. Il pre-test può essere effettuato anche sui materiali già realizzati sull'argomento, con lo scopo sia di valorizzare precedenti esperienze di successo, ma anche di evitare di utilizzare materiali non adeguati alle esigenze dei destinatari e poco coerenti con gli obiettivi comunicativi (12).

Identificare i partner potenziali

Lavorare con altri partner (gruppi di interesse), può offrire notevoli vantaggi e benefici reciproci:

- facilita il raggiungimento del target identificato;
- accresce la credibilità al piano di comunicazione in quanto i destinatari possono nutrire fiducia nei confronti dei potenziali partner;
- aumenta il numero di messaggi che il piano può veicolare;
- fornisce risorse addizionali, siano esse tangibili che non tangibili;
- garantisce supporto per la messa in atto delle attività;
- aumenta le competenze.

L'individuazione dei gruppi di interesse deve comunque tenere conto delle loro caratteristiche e, in particolare, dell'attitudine che hanno nei confronti del progetto di comunicazione senza dare per scontato che sia positiva.

Una volta stabiliti con chiarezza i gruppi di interesse è sempre importante formalizzare con loro l'accordo e l'avvio della collaborazione, identificare i rispettivi ruoli e responsabilità, nonché stabilire insieme un piano di azione comune.

Instaurare un rapporto di collaborazione significa anche riconoscere ai partner un ruolo nell'ambito del progetto di comunicazione e coinvolgerli attivamente nell'implementazione dello stesso. Sebbene l'inclusione dei partner possa essere fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi e la buona riuscita del progetto, è essenziale tenere conto degli svantaggi che può comportare:

- richiede tempo in quanto i potenziali partner devono essere identificati e resi consapevoli della validità della collaborazione, coinvolti nella messa a punto delle strategie comuni e aggiornati sullo stato di avanzamento delle attività;
- comporta la messa in discussione del programma in quanto potrebbe essere necessario, in base alle loro necessità, loro idee e punti di vista, rivedere il piano da mettere in atto;
- distribuisce la titolarità sul programma e diminuisce il controllo su di esso in quanto diventa condiviso.

È importante non confondere i gruppi di interesse con il target secondario. Con quest'ultimo non vengono formalizzati accordi e distribuiti ruoli e responsabilità. Ad esempio, uno dei potenziali partner per la diffusione di informazioni e conoscenze dirette alle ragazze pre-adolescenti potrebbe essere la

scuola, mentre i genitori potrebbero diventare il target secondario per raggiungere più efficacemente le giovani.

Pianificare il monitoraggio e la valutazione

Oltre agli elementi sopra elencati, il piano di comunicazione deve prevedere la messa in atto di attività di monitoraggio e valutazione che, seppur menzionate come ultimo step, devono essere considerate fin dall'inizio e essere sviluppate in tutte le fasi della pianificazione, al fine di poter capire cosa ha funzionato e/o non ha funzionato e poter identificare ciò che può essere modificato, cancellato o potenziato. È importante il coinvolgimento dei diversi gruppi di interesse, dei partner e dei destinatari delle iniziative di comunicazione, in quanto una valutazione partecipata può favorire lo sviluppo del processo comunicativo, incoraggiando i soggetti coinvolti nella valutazione a diffondere le informazioni e ad approfondirle.

A seconda della fase del progetto, è possibile mettere in atto tipi diversi di valutazione che possono essere classificati in due categorie: valutazione formativa e valutazione sommativa.

La valutazione formativa comprende tutti i passaggi e le attività svolte prima dell'avvio del progetto di comunicazione (analisi dei bisogni, approfondimento delle conoscenze sulla vaccinazione contro l'HPV e delle strategie/azioni per affrontarlo, pre-test dei messaggi e degli strumenti di comunicazione) e il monitoraggio, cioè tutte le procedure che permettono di raccogliere in itinere informazioni per comprendere se gli obiettivi e le attività stanno procedendo secondo la tabella di marcia per documentare e valutare l'implementazione del programma. Per realizzare un buon monitoraggio occorre sempre individuare le attività da mettere sotto osservazione, formulare le domande e gli indicatori che permettono di misurarne lo stato di avanzamento del piano di comunicazione.

A titolo esplicativo, ipotizzando di aver scelto di porre sotto-osservazione la disseminazione di materiale informativo agli MMG con l'obiettivo di raggiungerne 500, tra le possibili domande, potremmo chiederci: quanti MMG sono stati raggiunti rispetto ai 500 attesi? L'indicatore che fornisce una risposta a questo quesito è data dal numero di medici che si è riusciti a coinvolgere, ad esempio 250 (su 500).

Queste indicazioni danno un'idea dello stato di avanzamento e del grado di raggiungimento delle attività di implementazione del piano. Sinteticamente, forniscono la base per misurarne il rendimento. Nella formulazione degli indicatori è utile identificare anche le fonti attraverso le quali raccogliere le informazioni (es. direttamente gli MMG), i mezzi attraverso i quali farlo (es. interviste telefoniche) e gli intervalli temporali (es. ogni mese).

La valutazione sommativa è composta dalla valutazione di processo, di esito e di impatto. A chiusura del progetto di comunicazione, con la valutazione di processo e di esito è possibile misurare fino a che punto sono stati raggiunti gli obiettivi prestabiliti (perché il programma di comunicazione ha funzionato o non ha funzionato) e misurare gli effetti ottenuti, a breve e a medio termine, a seguito della realizzazione delle attività di comunicazione.

Dopo la fine delle attività con la valutazione di impatto si può verificare che effetti previsti e non previsti ha avuto il programma di comunicazione e quindi misurare i livelli di cambiamento ottenuti a lungo termine.

Anche se le diverse tipologie di valutazione sono presentate separatamente, questo non significa che i dati raccolti in un momento non siano funzionali per la comprensione delle altre fasi. Infatti, le informazioni raccolte con il monitoraggio, sono utili anche per la valutazione di processo che permette di porre attenzione alle modalità di sviluppo dell'intero percorso e di descrivere quanto l'implementazione sia vicina al disegno originale individuandone, eventualmente, delle discrepanze.

Dal punto di vista operativo, in fase iniziale, per avviare il processo di pianificazione dell'attività di comunicazione si può prevedere la costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare con il compito di identificare in modo chiaro l'Istituzione/Servizio che avvia, coordina e segue il processo (*chi attiva il processo comunicativo*), di organizzare e condividere la strategia di comunicazione, di favorire la circolazione delle informazioni e la collaborazione integrata tra i soggetti coinvolti, di formulare messaggi "chiave" ed eventualmente di prevedere momenti formativi di approfondimento anche sulle competenze comunicative.

Inoltre può essere utile riepilogare tutti gli aspetti fino ad ora trattati, dall'approfondimento del tema della vaccinazione contro l'HPV all'identificazione dei potenziali partner, in un documento che può essere concepito come una mappa di tutte le decisioni e le strategie che si intende mettere in atto.

In sintesi

Per pianificazione ogni processo comunicativo è necessario prendere in considerazione i seguenti elementi principali:

- Chi attiva il processo comunicativo;
- Target primario e secondario;
- Obiettivi comunicativi;
- Attività di comunicazione;
- Mezzi di comunicazione;
- Gruppi di interesse;
- Tempi;
- Monitoraggio;
- Valutazione.

Scelta dei mezzi di comunicazione

Ogni intervento comunicativo in ambito vaccinale acquista significato e aumenta la sua efficacia se è concepito nell'ambito di una pianificazione strategica delle attività e quindi se è realizzato anche in concomitanza con altre iniziative comunicative, rivolte a target specifici e condotte con mezzi di comunicazione differenziati, ma integrabili. Come già evidenziato, la scelta dei mezzi dipende da diversi fattori: il target dell'intervento, gli obiettivi comunicativi, le risorse disponibili economiche e umane, il tempo a disposizione per la realizzazione delle iniziative di comunicazione. Quando gli obiettivi della comunicazione sono di tipo informativo, cioè mirano a migliorare le conoscenze della popolazione generale o di specifici gruppi al suo interno, si possono utilizzare mezzi prevalentemente unidirezionali, quali materiali scritti (opuscoli, poster, lettere), spot, siti web o campagne stampa. Se invece gli obiettivi della comunicazione non mirano solo a migliorare le conoscenze, ma anche a toccare le molle degli atteggiamenti, come ad esempio ciò che le persone pensano e provano rispetto alla scelta vaccinale e, a più lungo termine, ad attivare/ modificare i comportamenti, è opportuno ricorrere a mezzi di comunicazione che possano favorire il processo comunicativo bidirezionale e la costruzione del rapporto di fiducia, come la relazione interpersonale faccia a faccia con l'individuo o con il piccolo gruppo o la comunicazione telefonica.

Insieme agli operatori dei servizi vaccinali, alcune figure significative presenti sul territorio, come gli MMG, i pediatri, i farmacisti, gli insegnanti, hanno l'opportunità di interagire direttamente con i singoli o con piccoli gruppi di persone utilizzando la relazione interpersonale quale principale strumento di comunicazione. Sono queste le occasioni in cui è possibile attuare interventi personalizzati, centrati sulle specifiche esigenze informative della persona, sui suoi vissuti e sulla sua percezione del rischio, ponendo attenzione alle implicazioni personali rispetto al tema vaccinale, con l'intento di facilitare scelte consapevoli e autonome. Questi interventi, finalizzati al raggiungimento di obiettivi educazionali o comportamentali, affiancano e integrano gli interventi informativi, orientati al miglioramento delle conoscenze. Tra l'altro le potenzialità informative dei materiali cartacei aumentano quando tali strumenti sono offerti a conclusione di una relazione professionale interpersonale.

Per favorire l'aggiornamento delle diverse figure professionali e la condivisione delle informazioni scientifiche, senza dubbio le pubblicazioni scientifiche rappresentano la fonte d'informazione principale sul tema, tuttavia per il linguaggio utilizzato e per il livello di approfondimento sono rivolte a un target specifico di esperti della materia. Pertanto si deve prevedere di informare costantemente le figure sanitarie coinvolte nella proposta vaccinale con modalità differenziate e/o con specifici materiali scritti agili e sintetici come lettere, e-mail, contatti telefonici, incontri, newsletter, bollettini, schede informative

tematiche (SIT), che possano favorire la circolazione delle informazioni scientifiche corrette e aggiornate e motivare alla partecipazione.

Nei paragrafi seguenti si descrivono alcuni strumenti, unidirezionali e bidirezionali, che possono essere utilizzati per comunicare sui temi riguardanti la vaccinazione contro l'HPV, sia con la popolazione generale o con gruppi specifici (genitori, giovani, donne), sia con gli operatori sanitari e non sanitari coinvolti; in ogni caso, è importante ricordare che l'uso integrato dei mezzi ne potenzia l'efficacia complessiva (13).

Lettere ad personam

Per raggiungere i destinatari individualmente possono essere utilizzate le lettere personali, attraverso le quali, con un linguaggio semplice e sintetico, è possibile fornire informazioni su aspetti specifici riguardanti la vaccinazione, sulle iniziative attuate o che si intende avviare, sulle modalità di svolgimento specificando i tempi, gli strumenti, le professionalità coinvolte e i vantaggi che possono derivare dalla messa in atto degli interventi. Le lettere possono rappresentare uno strumento attraverso il quale creare le premesse per ulteriori occasioni di relazione con le singole persone, oppure per dare indicazioni su Servizi di riferimento da poter contattare, numeri telefonici e/o siti web grazie ai quali approfondire le informazioni.

Opuscolo

L'opuscolo è uno strumento agevole e sintetico che permette di fornire informazioni in modo rapido. Generalmente destinato alla popolazione generale o a un target specifico, ad esempio quello genitoriale, è composto da un massimo di quattro/sei pagine, contiene pochi messaggi, significativi e chiari ed è strutturato con testi brevi, evitando di utilizzare molti aggettivi e periodi molto lunghi. Per questo motivo spesso vengono utilizzate parole chiave che possono essere messe in evidenza rispetto alle altre parti del testo e viene inserito un breve sommario per facilitare l'individuazione dei contenuti grazie a titoli e sottotitoli. I contenuti dell'opuscolo possono essere sviluppati a partire dalle seguenti domande, le cosiddette 5W: chi comunica (*Who*), che cosa (*What*), dove (*Where*), quando (*When*) e perché (*Why*). Il linguaggio utilizzato deve essere semplice e chiaro, attento alle esigenze dei destinatari, evitando l'uso di termini tecnici comprensibili solo a pochi, l'impostazione grafica deve essere idonea a renderlo attraente e leggibile. Inoltre, all'interno possono essere descritte le azioni che le istituzioni hanno intrapreso e/o intraprenderanno nel prossimo futuro. Nell'opuscolo è importante indicare il nome del Servizio che lo promuove ed eventuali contatti di riferimento al fine di consolidare il rapporto fiduciario tra l'Ente e il fruitore dello strumento.

L'articolazione dell'opuscolo deve prevedere lo sviluppo dei seguenti punti:

- descrizione sintetica della problematica e del rischio (Che cosa è);
- definizione della sua importanza per la salute (Perché è importante);
- descrizione delle azioni intraprese e/o che verranno messe in atto dalle istituzioni (Cosa si può fare);
- indicazione sui comportamenti salutari da adottare a livello individuale e collettivo (È fondamentale il contributo di ognuno).

L'opuscolo rappresenta un mezzo di comunicazione unidirezionale adeguato per raggiungere un obiettivo conoscitivo (= informare) rispondendo alle specifiche esigenze informative della popolazione target. La sua efficacia può essere tuttavia potenziata se utilizzato in modo integrato con altri interventi comunicativi. Può essere allegato a eventuali lettere inviate ai cittadini, anche se il valore informativo dell'opuscolo è potenziato se consegnato alla persona da un operatore competente nell'ambito di un Servizio di riferimento al termine di un colloquio di chiarimento o all'interno di incontri pubblici appositamente organizzati. In questo contesto, l'opuscolo rappresenta un mezzo di comunicazione che va a rafforzare le informazioni già scambiate nel colloquio. Tabella A1 fornisce un ulteriore approfondimento circa le caratteristiche tecnico-grafiche dell'opuscolo (14).

Tabella A1. Struttura tipica di un opuscolo a tre colonne in formato A4 e sua descrizione

Elemento	Descrizione
Architettura generale	<ul style="list-style-type: none"> • In genere l'opuscolo è disposto su 3 colonne in senso orizzontale del formato carta. • Sulle due facciate fronte e retro dello stesso foglio, procedendo da destra verso sinistra, sono allestite rispettivamente, sulla prima facciata: la prima di copertina, l'ultima e una pagina interna; sulla seconda facciata, da sinistra a destra, si trovano le informazioni e spiegazioni con testo e figure.
Prima di copertina	<ul style="list-style-type: none"> • La prima pagina di copertina (un terzo del foglio A4 in orizzontale, con "formato al vivo" di 9,9 cm x 21 cm) contiene elementi grafici e comunicativi differenti. • I loghi di "chi comunica" dovrebbero essere ben coordinati graficamente, disposti in ordine di importanza, a una buona risoluzione (300 punti; quelli sui siti web hanno una definizione sui 72 punti circa, quindi bassa per la stampa) e riprodurre fedelmente gli originali (stesso colore, stessa forma, stesso <i>lettering</i>). • Il titolo dovrebbe attrarre l'attenzione prima di ogni altro elemento contenuto nell'opuscolo: impostato con allineamento a epigrafe, cioè al centro, stampato con un carattere o font che agevoli e stimoli la lettura. • Informazioni importanti (nel caso si sponsorizzi un'iniziativa, data e luogo di svolgimento). • I colori dei testi dovrebbero richiamare possibilmente quelli già presenti nei loghi per non creare un effetto di disturbo con troppi toni cromatici differenti. • Evitando di appesantire l'immagine od ostacolare la fruizione del messaggio, si può includere uno sfondo che richiami l'argomento trattato, messo con una retinatura al massimo del 20% o qualcosa di astratto.
Retro di copertina	<ul style="list-style-type: none"> • Vi si possono collocare i loghi secondari, ma che comunque è importante inserire e le notizie logistico-organizzative (contatti utili, informazioni, ecc.).
Pagina centrale	<ul style="list-style-type: none"> • Ospita un commento alla realizzazione dell'iniziativa o del progetto.
Pagine interne	<ul style="list-style-type: none"> • Descrivono in modo esteso i contenuti da comunicare. Se l'opuscolo è finalizzato a divulgare una manifestazione viene inserito il programma. Nel caso di un opuscolo che spieghi o pubblicizzi un progetto, si adatteranno giustezza (larghezza) e margini che facilitino la lettura. • Per alleggerire i testi si possono inserire figure o illustrazioni inerenti. • Il colore del testo potrebbe differire a seconda delle funzioni (titoli, titoli di capitoli, testo corrente) e riprendere i colori delle illustrazioni.

Poster

Il poster è un manifesto che può contribuire alla circolazione di informazioni sul virus e sulla vaccinazione e sulle iniziative da poter attuare a livello sia individuale che collettivo.

È importante che sia collocato in luoghi, già identificati nella stesura del piano di comunicazione, frequentati dal target di riferimento (ad esempio i servizi vaccinali, gli studi degli MMG, dei pediatri, altri Servizi delle ASL, le farmacie, le scuole e gli altri spazi considerati idonei per la diffusione delle informazioni). La collocazione è un aspetto fondamentale in quanto una posizione strategica può facilitare la lettura. Le sue caratteristiche, sia grafiche che di contenuto, devono essere molto accattivanti e consentire uno sforzo minimo di lettura e decodifica dei messaggi. Da un punto di vista grafico, il titolo deve subito attrarre, per cui è opportuno utilizzare un font dallo stile deciso, in bold e con una dimensione molto grande in proporzione al formato carta; già con un poster di dimensioni 70cmx100cm si ha un buon livello di visibilità e quindi un agevole lettura. Date le dimensioni, la risoluzione delle immagini deve essere molto alta (300 punti). Il poster deve contenere una quota di testo strettamente necessaria per dare spazio a figure, illustrazioni, foto e quant'altro aiuti ad attrarre l'attenzione (15).

Kit educativo

Il kit educativo è un contenitore di strumenti comunicativi che possono essere utilizzati per la diffusione di conoscenze e competenze su un argomento. Il kit può raccogliere materiali informativi realizzati in formato cartaceo (opuscoli, poster, schede informative, ecc.) e/o multimediale, come ad esempio CD-ROM e strumenti per la progettazione e la messa in atto di attività inerenti la tematica che si intende affrontare. In ambito scolastico, il kit educativo può essere destinato agli insegnanti e contenere informazioni scientifiche che possono aumentare le loro conoscenze sull'argomento, nonché strumenti per l'organizzazione di attività da proporre agli studenti durante l'orario curricolare con l'obiettivo di diffondere informazioni, stimolare la partecipazione attiva e la condivisione dei diversi punti di vista. Per la varietà dei materiali che il kit può contenere, può essere utile fornire un manuale per gli insegnanti, che contenga informazioni sull'utilizzo all'interno del gruppo classe.

Serious game

I *serious game* sono simulazioni virtuali interattive che si configurano come un vero e proprio gioco, ma con obiettivi educativi. Per le caratteristiche proprie dello strumento, i *serious game* vengono utilizzati soprattutto con un target giovanile che ne è generalmente più attratto e ha più confidenza con i mezzi informatici e web. I *serious game* riproducono situazioni di vita reale nelle quali si chiede di mettere in atto conoscenze e abilità per il raggiungimento di obiettivi predefiniti, favorendo l'interiorizzazione di informazioni e strategie comportamentali che potranno essere applicate nel mondo reale. Essi si basano sulla tecnica del *learning by doing* secondo la quale si possono apprendere competenze e strategie, nonché favorire il cambiamento di comportamenti grazie all'azione, con il vantaggio che si agisce all'interno di un ambiente di simulazione protetto. Rispetto all'apprendimento passivo, tipico delle lezioni frontali, e al passaggio di informazioni unidirezionale, i *serious game* promuovono la partecipazione attiva dei fruitori che vengono coinvolti in prima persona nell'esperire comportamenti e assimilare contenuti (16).

Web 2.0 e social media

Il web 2.0 si configura come un "luogo virtuale al quale chiunque può liberamente accedere attraverso l'impiego di un software gratuito al fine di condividere informazioni e collaborare per creare nuova conoscenza". Esso raccoglie l'insieme delle applicazioni online che permettono elevati livelli di interazione tra gli strumenti web (es. blog, forum, wiki, YouTube, ecc.) e coloro che li utilizzano facendo sì che questi ultimi "siano al tempo stesso produttori e fruitori dell'informazione". A differenza dei siti Internet, che attraverso le pagine web permettono agli utenti la sola lettura dei contenuti, sostenendo dunque una comunicazione di tipo unilaterale, il web 2.0 permette di condividere, creare collegamenti, collaborare e coinvolgere direttamente gli utenti in una conversazione che porta alla creazione di informazioni online condivise. Come altre strategie comunicative non convenzionali, il web 2.0 ha il vantaggio di poter raggiungere in tempi brevi e a costi contenuti un ampio target mantenendo, grazie all'innovazione e creatività che lo contraddistinguono, un grado di coinvolgimento alto e costante. I nuovi mezzi di comunicazione come i *social media* possono rappresentare una soluzione per informare in modo veloce il pubblico. Strumenti quali Facebook, Twitter e altre tecnologie analoghe sono ormai largamente diffusi nella nostra società. Naturalmente, i *social media* non possono e non devono sostituire gli altri strumenti di comunicazione, ma se utilizzati in modo strategico, possono rafforzare gli attuali sistemi (17).

Schede informative tematiche

Oltre agli strumenti di comunicazione utilizzati per fornire informazioni alla popolazione generale o a gruppi specifici di cittadini, è utile avvalersi di strumenti che possono servire per coinvolgere i referenti istituzionali e tutte quelle figure che nell'ambito scolastico, o nei contesti sanitari e non, possano avere un ruolo decisionale. Le Schede Informative Tematiche (SIT), monopagina o a due facciate, fronte-retro, ne

rappresentano un esempio. Sono documenti sintetici che descrivono le caratteristiche e la diffusione del problema di salute, le conseguenze che può provocare, nonché il ventaglio delle azioni che i diversi attori possono attuare per contrastarlo, pertanto, integrano aspetti informativi e di orientamento all'azione. Le SIT possono essere utilizzate, sia per sostenere una comunicazione di tipo unidirezionale con l'obiettivo di trasmettere informazioni, sia per promuovere il confronto e lo scambio sulla tematica trattata e costruire alleanze e reti. In questo secondo caso, possono essere promosse come strumenti di *advocacy* con l'obiettivo di progettare azioni, ottenere un impegno politico da parte dei decisori, attivare l'opinione pubblica per il raggiungimento di un obiettivo di salute.

Stili dei messaggi di salute

I messaggi finalizzati alla prevenzione e promozione della salute si possono avvalere di un'ampia gamma di stili linguistici al fine di catturare l'attenzione dei destinatari. Si spazia da toni amichevoli, positivi e rassicuranti, che offrono soluzioni possibili ai problemi, a toni drammatici e scioccanti che mirano a colpire con grande impatto l'emotività dei destinatari. Tra questi due estremi si collocano altre strategie linguistiche, quali ad esempio l'utilizzo dell'ironia, che permette di coinvolgere il target attraverso l'effetto sorpresa, evitando di generare turbamenti.

All'interno della classificazione degli stili linguistici più diffusi nell'ambito della comunicazione sociale, operata da Giovanna Gadotti e Andrea Fontanot, quelli maggiormente utilizzati nei messaggi di prevenzione e promozione della salute sono i seguenti:

- *Stile paternalistico*
molto utilizzato soprattutto in passato dalla pubblica amministrazione, serve a inviare messaggi che responsabilizzano i destinatari facendo leva sulla loro coscienza, suscitando sensi di colpa e facendo appello al senso del dovere. La comunicazione assume la forma di una raccomandazione dal tono perentorio. Questo stile appare sempre più obsoleto soprattutto se ci si rivolge ad un target giovanile.
- *Stile informativo*
il messaggio propone ai destinatari una descrizione degli aspetti legati a un determinato comportamento attraverso argomentazioni di tipo razionale, facendo appello alla riflessione, alla ragione, al senso del dovere e della responsabilità, ma senza far ricorso al senso di colpa.
- *Stile rassicurante*
il tema di salute viene descritto con toni delicati e rassicuranti evidenziando possibili soluzioni attraverso l'azione dei singoli. Si cerca di diffondere fiducia nella possibilità di affrontare e risolvere con successo un problema. Questo linguaggio utilizza l'*happy end*, ossia la rappresentazione del lieto fine raggiungibile se si seguono i suggerimenti contenuti nel messaggio (18).
- *Stile fear arousing appeal* (letteralmente "appello alla paura")
è un messaggio elaborato con l'intenzione, da parte dell'emittente, di suscitare timore o paura nel destinatario. Appartengono a questo stile tutti quei messaggi che contengono rappresentazioni visive e/o verbali che mostrano, in modo più o meno realistico, le conseguenze negative di comportamenti a rischio. Lo scopo è quello di far percepire al soggetto un senso di vulnerabilità, per indurlo a modificare i comportamenti dannosi. Ma, «se le emozioni in gioco sono troppo forti il rischio è quello di creare un effetto negativo, che porta alla rimozione o al rifiuto del messaggio». Questo linguaggio, molto in uso nei paesi anglosassoni, in Italia invece è utilizzato con molta cautela (19).
- *Stile ironico o umoristico*
risulta essere un'ottima strategia per coinvolgere emotivamente il destinatario e incrementare l'impatto del messaggio. Come osserva Polesana, a differenza del *fear arousing appeal* l'ironia non ha bisogno di mettere in mostra situazioni di tragedia grondanti di sangue, di morte, di grida, di pianto, di dolore: tutto questo nell'ironia viene evocato attraverso un sottile e sottinteso

confronto di opposti [...]. La valutazione di più facce della stessa medaglia può/deve convincere una persona circa la bontà e la validità o meno di un consiglio o di una prescrizione (20).

Testimonial

Una strategia trasversale all'adozione dei vari stili linguistici è costituita dal ricorso a un testimonial per dare maggiore forza ai contenuti veicolati. La scelta di personaggi noti come portavoce dei messaggi non dà, di per sé, garanzia di efficacia se i soggetti individuati non possiedono i requisiti adatti. Infatti, un buon testimonial deve innanzitutto avere un forte appeal nei confronti del pubblico che si intende raggiungere (cosa che poco si riscontra nelle campagne sociali in cui il criterio sembra essere spesso casuale e legato più che altro alle conoscenze del committente). In secondo luogo, è opportuno che sia legato per qualche motivo alla tematica trattata, per rafforzare la sua funzione di testimone credibile. In ogni caso deve essere apprezzato per la sua immagine positiva e la sua coerenza. A prescindere dalle caratteristiche dei singoli stili, la scelta del linguaggio più appropriato per comunicare temi di salute dovrebbe tener conto del target a cui ci si rivolge, della tipologia del tema affrontato, degli obiettivi prefissati e del taglio che si intende dare alla comunicazione (19).

Alcune indicazioni per la veste grafica

Così come è stata fornita una panoramica di alcuni dei mezzi che possono essere scelti per comunicare sui temi riguardanti la vaccinazione contro l'HPV, si descrivono anche gli aspetti relativi alla realizzazione grafica degli strumenti.

Colori e immagini

In generale, per incrementare la leggibilità complessiva è opportuno utilizzare il testo con caratteri di colore scuro su fondo chiaro, estremizzando, il contrasto migliore è dato dal nero su bianco.

Si dovrebbe utilizzare il meno possibile l'abbinamento di colori complementari (rosso/verde, giallo/viola, blu/rosso, ecc.).

I cambi di toni possono facilitare l'individuazione dei contorni, incrementando la leggibilità, sia dei testi che delle immagini. Colori tenui e pastello rilassano la vista e rendono disponibili alla comunicazione, colori ad alta saturazione e violenti di solito disturbano e rendono indisponenti.

Se si dispone di una pagina di solo testo, la si può alleggerire con un'immagine, anche con una dai toni chiarissimi come sfondo del testo stesso. È sconsigliabile un numero elevato di immagini e comunque è meglio evitare la stessa immagine ripetuta più volte, ancor più se due volte nella stessa facciata o presentazione.

In presenza di parole impresse su immagini, al fine di facilitare la contestualizzazione, si possono adottare colori dei caratteri molto scuri in tono con la parte più chiara dell'immagine; se la leggibilità ne risentisse, ci si potrebbe avvalere di testi contornati.

Se si includono loghi, si deve verificare che occupino uno spazio adeguato, e in caso abbiano la stessa importanza, dovrebbero essere più uguali possibile per dimensioni/ingombri. Quando si usano loghi in modalità trasparenza applicati a immagini, si deve controllare il buon contrasto, in caso contrario prevedere un contorno adeguato.

Foto e grafiche

Prima di utilizzare una foto/grafica, si deve sempre verificare che siano disponibili i diritti alla pubblicazione. A questo scopo si può consultare l'indirizzo: <http://www.google.it/imghp> dove, cliccando

sull'icona della macchinetta fotografica, è possibile caricare il file e verificarne l'eventuale pubblicazione in internet/proprietà.

È opportuno evitare foto sfocate o di soggetti in movimento per agevolare sia la lettura sia la contestualizzazione.

I testi firmati possono essere autografati riportando la firma elettronica tramite una versione trasparente anche su software di uso comune, come Microsoft Word.

Formati e font

È consigliabile utilizzare file dai formati basilari, soprattutto per scambi via e-mail, ad esempio quelli con estensione pdf possono essere aperti da qualsiasi computer senza disporre di programmi a pagamento e non richiedono molta memoria.

Una serie di diapositive create utilizzando i formati di progettazione standard proposti da programmi come Microsoft PowerPoint assicura un buon livello di composizione e stile.

La tipologia di impaginazione può aiutare la contestualizzazione dei contenuti richiamandone lo stile (ad esempio le notizie possono essere impaginate in stile giornale quotidiano o sito internet).

È meglio optare per un testo con caratteri grandi e chiari, in quanto i caratteri più piccoli, eventualmente con effetti tridimensionali, sfumature interne e contorni riempiono lo spazio, ma riducono la leggibilità.

È consigliabile mantenere lo stesso font del carattere all'interno del documento per facilitare la lettura e rendere omogeneo il prodotto. Per tutti i titoli, anche quelli dei paragrafi, in generale si usano caratteri più grandi degli altri testi, meglio se dello stesso colore e/o colori più contrastanti con lo sfondo.

Comunicazione interpersonale e competenze di base del counselling

Tra le modalità comunicative importanti in ambito vaccinale, quella interpersonale (strumento di comunicazione bidirezionale) assume un ruolo fondamentale soprattutto quando, come nel caso della vaccinazione contro l'HPV, la complessità del messaggio e la delicatezza dei vissuti che evoca, richiedono una partecipazione attenta dell'operatore e un ascolto delle specifiche esigenze informative e di eventuali perplessità o preoccupazioni delle persone impegnate nel processo decisionale.

Tale modalità favorisce l'interazione, lo scambio non solo di informazioni, ma anche di bisogni, percezioni, emozioni, l'ascolto e la condivisione di significati attribuiti ai messaggi scambiati.

Per questo motivo è opportuno che l'operatore sia in grado di condurre il processo comunicativo con professionalità, nell'ambito di una relazione professionale non improvvisata, ma piuttosto condotta in modo competente, con una costante attenzione alla persona considerata al centro della relazione stessa. È importante che l'operatore sia nella relazione "per la persona", che la ascolti e cerchi di "mettersi nei suoi panni", per cogliere il suo punto di vista, senza giudizi, tenendo sempre presente che lo scambio non avviene tra pari, ma tra soggetti con ruoli diversi. La relazione professionale dovrebbe infatti tendere ad un rapporto complementare che rispetti la diversità dei ruoli, evitando rapporti simmetrici o asimmetrici.

È anche fondamentale che l'operatore proponga alla persona informazioni scientificamente valide e aggiornate sull'infezione da HPV e sulla vaccinazione, ma comprensibili e argomentate, che possano integrarsi nel suo schema di riferimento cognitivo e emotivo, nel suo contesto di vita, che possano assumere un significato e essere utilizzate per scelte vaccinali autonome (21).

Il contenuto della comunicazione è tanto più efficace se riesce a contattare non solo la dimensione cognitiva, ma anche quella emotiva, quindi se è vicino al punto di vista dell'interlocutore, alla sua percezione. Il messaggio è efficace se è utile alle persone non solo per aumentare le conoscenze, ma anche per avere maggiori opportunità (risorse) per affrontare un problema, per prendere una decisione. Quando la comunicazione interpersonale è condotta in modo professionale e competente da parte dell'operatore, rappresenta la modalità più efficace per costruire il rapporto di fiducia e collaborazione con la persona.

Inoltre, è opportuno ricordare che un uso consapevole e competente del processo comunicativo interpersonale può facilitare anche le relazioni tra operatori e rappresenta un importante strumento per la creazione di sinergie e per la soluzione concordata di problematiche comuni.

In tale contesto l'apprendimento/perfezionamento delle competenze di base del counselling si configura come un valore aggiunto alla professionalità dei singoli operatori in quanto, le competenze di counselling, integrate con le competenze specifiche del ruolo professionale svolto, possono senz'altro favorire la creazione di relazioni interpersonali efficaci, condotte in modo strategico non solo rispetto ai contenuti, ma anche per quanto riguarda il processo e le modalità.

La relazione professionale condotta applicando le competenze di counselling si caratterizza, pertanto, come un intervento il cui scopo è proprio "la relazione" tra un operatore competente e la persona al centro dell'intervento, con il suo vissuto, i suoi valori, la sua percezione del rischio, le sue risorse personali e familiari. Pur prevedendo la partecipazione attiva dei due interlocutori protagonisti dell'unità relazionale, operatore e persona non sono sullo stesso piano: nell'interazione i vissuti, le reazioni emotive, i bisogni dei due interlocutori non possono avere lo stesso riconoscimento, lo stesso peso.

Inoltre, è opportuno evidenziare che ogni singolo operatore quando attiva processi comunicativi deve necessariamente fare i conti sia con la specificità del contesto o del Servizio nel quale lavora, con l'equipe di appartenenza e sia con il proprio contesto personale. Affinché il singolo operatore possa comunicare in modo efficace sulla vaccinazione contro l'HPV, ma potremmo dire su ogni tema di salute del quale si occupa, è opportuno che prima di tutto si impegni a mantenere costantemente distinto il proprio mondo, il proprio punto di vista di esperto, dal mondo della persona con cui interagisce, a contattare "i propri significati personali e nello stesso tempo a cogliere e accettare i "significati dell'altro da sé", il punto di vista dell'altro pur non condividendolo.

Ciò è essenziale per la qualità della relazione e fondamentale per agire l'ascolto empatico. In particolare con l'offerta della vaccinazione contro l'HPV l'operatore si trova ad affrontare tematiche riguardanti la sfera della sessualità con i genitori, le giovani adolescenti e a volte anche con gli insegnanti. Per questo è importante che l'operatore si confronti prima di tutto con il proprio modo di vivere la sessualità e con le personali risorse, difficoltà o criticità ad affrontare tali tematiche.

Quindi l'applicazione delle competenze di base del counselling deve necessariamente prevedere un'attenzione costante dell'operatore al proprio bagaglio conoscitivo sulle vaccinazioni, un affinamento delle principali abilità relazionali quali autoconsapevolezza, ascolto attivo ed empatia, un costante esercizio di auto-osservazione sul proprio modo di "stare nella relazione" e una conoscenza dello schema processuale necessario per strutturare la relazione in fasi, con lo scopo di attivare le risorse della persona in modo che possa affrontare responsabilmente difficoltà o preoccupazioni che riguardano la scelta vaccinale e possa decidere consapevolmente (22).

L'obiettivo dell'intervento non è convincere sostituendo il proprio punto di vista con quello dell'altro (le dico io ciò che deve fare in quanto esperto). Potremmo dire che lo scopo è attivare processi di corresponsabilità in cui l'operatore non si sottrae al suo ruolo di professionista di salute pubblica, quindi all'offerta attiva della vaccinazione, ma rende il suo ruolo ancora più impegnativo. Infatti riconosce l'altro come un soggetto attivo, da coinvolgere e rafforzare attraverso un'informazione comprensibile, argomentata, centrata, completa e accetta la scelta individuale come scelta libera, non considerando un possibile rifiuto come un fallimento. Una scelta consapevole basata su informazioni chiare, argomentate e comprese ha anche lo scopo di valorizzare l'importanza del consenso e del dissenso informato.

Queste riflessioni non vogliono perdere di vista l'obiettivo finale di salute pubblica cioè la copertura vaccinale, vogliono piuttosto evidenziare che gli obiettivi di salute pubblica possono essere raggiunti solo passando attraverso scelte consapevoli dell'individuo, sostenute dall'intervento di operatori esperti, che sappiano integrare le conoscenze scientifiche con le capacità relazionali.

Questa impostazione comporta spesso un cambiamento della concezione della salute nonché dell'ottica professionale dell'operatore, che può avere l'opportunità di approcciarsi alla relazione non solo appellandosi alla disponibilità, alla buona volontà e al rischio personale, ma facendo riferimento a un metodo, a una competenza specifica (23).

Conclusioni

La comunicazione sulla vaccinazione contro l'HPV è un processo complesso che coinvolge molti soggetti con conoscenze, punti di vista, percezioni e esigenze diverse. Per evitare che la comunicazione diventi un'attività improvvisata ed episodica, è essenziale che venga pianificata e gestita con competenza e intenzionalità. È importante avvalersi di metodi e strumenti di comunicazione adeguati al contesto e al target di riferimento in grado di coinvolgere sia i singoli individui che la comunità, affinché possano essere realizzati interventi omogenei, coerenti, strategicamente definiti e integrati tra loro.

Comunicare inoltre non significa informare in modo unidirezionale, ma attivare il dialogo e lo scambio tra tutti i soggetti coinvolti con diversi ruoli e responsabilità. Pertanto va posta particolare attenzione ai processi della comunicazione interna tra coloro che si occupano direttamente dell'offerta vaccinale, comprese le figure chiave che possono contribuire alla comunicazione sul territorio. La comunicazione aumenta la sua efficacia se coordinata da un'istituzione di riferimento e monitorata e se si basa sull'ascolto della percezione del rischio e di ciò che le persone pensano e provano alla scelta vaccinale.

Molto spesso gli aspetti di tipo organizzativo si intrecciano con quelli riguardanti la comunicazione. Infatti spesso una buona comunicazione facilita gli aspetti organizzativi e un'efficiente organizzazione contribuisce a limitare i motivi di tensione e a volte di conflittualità tra operatori e tra questi e i cittadini che si rivolgono ai servizi.

Bibliografia

1. De Mei B. La comunicazione per le vaccinazioni: quale significato e quale obiettivo. *Rivista di Immunologia e Allergologia Pediatrica* 2006;20(5):35-40.
2. De Mei B, Luzi AM. Il counselling: uno strumento operativo per una Comunicazione efficace del pediatra in ambito vaccinale. *Prospettive in Pediatria* 2002;32:101-9.
3. De Mei B. La complessità della scelta vaccinale. Roma: Istituto Superiore di Sanità – Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute; 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/approfondimenti/2013/VaccinazioniComplessitaScelta.asp>; ultima consultazione 5/6/2014
4. Lambert TW, Soskolne LC, Bergum V, Howell J, Dossetor JB. Ethical perspectives for public and environmental health: fostering autonomy and the right to know. *Environ Health Perspect* 2003;111:133-7.
5. Sandman PM. Risk = hazard + outrage: coping with controversy about utility risks. *Engineering News-Record* 1999:A19-A23. Disponibile all'indirizzo: <http://www.psandman.com/articles/amsa.htm>; ultima consultazione 28/11/13
6. Covello V. Risk communication, trust, and credibility. *Health and Environmental Digest* 1992;6(1):1-4.
7. Covello VT, Mumpower JL, Stallen PJ, Uppuluri VRR (Ed.). *Environmental impact assessment, technology assessment, and risk analysis*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer-Verlag; 1985.
8. Associazione italiana della comunicazione pubblica e istituzionale. *Documento di indirizzo sulla comunicazione pubblica in sanità*. Roma: Coordinamento Nazionale Marketing Sociale; 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.marketingsociale.net/download/dcs.pdf>; ultima consultazione 28/11/2013.
9. US Department of Health & Human Services, National Institute of Health, National Cancer. *Making health communication programs work*. 2nd ed. Washington DC: US Department of Health & Human Services; 2008.

10. Cates JR, Ortiz R, Shafer A, Romocki SL, Coyne-Beasley T. Designing messages to motivate parents to get their preteenage sons vaccinated against human papillomavirus. *Perspective on Sexual and Reproductive Health* 2012;44(1):39-47.
11. Watzlavick P, Bravin JH, Jackson DD. *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio; 1972.
12. McCormack Brown K, Lindenberger JH, Bryantl CA. Using pretesting to ensure your messages and materials are on strategy. *Health Promotion* 2008;9(2):116-22.
13. Tosco E, Ferro E. *Comunicazione e prevenzione: strumenti efficaci per trasmettere messaggi di salute rivolti a target diversi di popolazione*. Torino: Dors; 2011. Disponibile all'indirizzo: <http://www.dors.it/alleg/newcms/201102/stili%20linguaggi%20e%20strumenti.pdf>; ultima consultazione 28/11/2013
14. Spera M. *La progettazione grafica tra creatività e scienza. Abecedario del grafico. Manuale di grafica creativa*. Roma: Cangemi Editore; 2001
15. Duplan P, Jauneai R. *Progetto grafico e impaginazione. Progettazione grafica. Impaginazione elettronica. Colore e comunicazione*. Milano: Tecniche nuove; 1987.
16. Ferro E, Tosco E. Stili e strategie per comunicare la salute. In: Cucco E, Pagani R, Pasquali M, Soggia A (Ed.). *Secondo rapporto sulla comunicazione sociale in Italia*. Bologna: Carocci Editore; 2011. Cap. 8.
17. Santoro E. *Web 2.0 e medicina*. Roma: Il Pensiero Scientifico; 2009.
18. Gadotti G (Ed.). *La comunicazione sociale. Soggetti, strumenti e linguaggi*. Milano: Arcipelago; 2001.
19. Gadotti G, Bernocchi R. *La pubblicità sociale. Maneggiare con cura*. Roma: Carocci; 2010.
20. Polesana MA. *La pubblicità intelligente. L'uso dell'ironia in pubblicità*. Milano: Franco Angeli; 2005
21. Gangemi M, Elli P, Quadrino S. *Il counselling vaccinale: dall'obbligo alla condivisione*. Torino: Edizioni Change; 2006.
22. De Mei B, Luzi AM, Gallo P. Proposta di un percorso formativo sul counselling integrato. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 1998;34:529-39.
23. Mucchielli R. *Apprendere il counseling. Manuale pratico di autoformazione alla relazione e al colloquio d'aiuto*. Trento: Centro Studi M. H. Erickson; 1994.

APPENDICE B
Questionari utilizzati nel progetto

B1. Questionario Regione/PA per l'indagine sulle campagne vaccinali

Indagine conoscitiva sugli aspetti comunicativi e organizzativi delle campagne di vaccinazione contro l'HPV – Questionario Regione

Gentile collega,
innanzitutto grazie per aver aderito a questa indagine. Alcune precisazioni prima di cominciare.

Il questionario comprende 23 domande, distribuite nelle seguenti sezioni:

- Ruolo della Regione e della ASL nella pianificazione/implementazione della campagna contro l'HPV
- Attività rivolte agli operatori sanitari
- Promozione della vaccinazione contro l'HPV
- Criticità e commenti

Le domande del questionario si riferiscono alle campagne in cui sono state invitate a vaccinarsi contro l'HPV le ragazze appartenenti alle coorti di nascita **1997** e **1998**, quindi approssimativamente al periodo 2008-2010, variabile a seconda del mese di avvio della campagna. La scelta di queste due coorti è dovuta al fatto che gli inviti e gli eventuali solleciti sono stati completati (o lo saranno a breve) in tutte le Regioni e i dati di copertura vaccinale (CV) disponibili sono definitivi (o lo saranno a breve). Nell'analisi, infatti, le informazioni raccolte con questa indagine verranno messe in relazione con i dati di copertura vaccinale (regionali e di ASL) al fine di identificare le strategie più appropriate associate ad una migliore copertura vaccinale.

ISTRUZIONI:

Il questionario può essere compilato a più riprese. La pagina non può essere salvata se non è completa.

Per continuare la compilazione in più riprese o per effettuare modifiche, utilizzare lo stesso link che avete ricevuto come invito alla partecipazione.

Per conservare una copia cartacea del questionario compilato, stampare ogni pagina singolarmente.

Le modifiche e la compilazione potranno essere effettuate fino alla chiusura del questionario.

Per chiarimenti e ulteriori delucidazioni contattare cristina.giambi@iss.it.

Regione _____
Nome e cognome del compilatore/i _____

Sezione: Ruolo della Regione e della ASL

Questa sezione ha lo scopo di valutare come e quali aspetti della campagna di vaccinazione anti HPV sono stati gestiti a livello di Regione, di ASL o in piena collaborazione tra Regione e ASL. Ti ricordiamo che le domande si riferiscono alle campagne in cui sono state invitate le ragazze appartenenti alle coorti di nascita 1997 e 1998 (approssimativamente al periodo 2008-2010).

1. Quale delle seguenti definizioni è più appropriata per descrivere lo scenario in cui si sono interfacciate la Regione e le ASL nella campagna di vaccinazione anti HPV?

La Regione ha fornito indicazioni generali per la campagna di vaccinazione anti HPV e ha demandato alla ASL la decisione strategica di tutti gli aspetti logistici, organizzativi e comunicativi della campagna a livello locale (modalità di invito, definizione del messaggio della campagna, formazione degli operatori...) ---- piena autonomia della ASL

La Regione ha fornito alle ASL indicazioni specifiche per la campagna di vaccinazione anti HPV ed ha demandato alla ASL la decisione di alcuni aspetti della campagna a livello locale (modalità di

invito, definizione del messaggio della campagna vaccinale, formazione degli operatori...) ----
parziale autonomia della ASL

- La Regione ha fornito alle ASL indicazioni specifiche per la campagna di vaccinazione anti HPV da applicare in maniera uniforme in tutte le ASL ----- prevalente coordinamento regionale
 Altro, specificare _____

2. Indicare se le decisioni strategiche sui seguenti aspetti sono state prese dalla Regione o dalla ASL:

Opzioni per ognuna delle seguenti voci: prevalentemente Regione/prevalentemente ASL/condivisione tra Regione e ASL/non applicabile

- modalità di invito delle ragazze (es. modalità per fissare l'appuntamento per la vaccinazione...)
- predisposizione del materiale informativo da utilizzare per l'invito delle ragazze (es. lettera d'invito)
- strategie per il recupero delle non-rispondenti (es. numero di solleciti, modalità del sollecito...)
- strategie per il recupero delle irreperibili per errori nelle liste anagrafiche (es. verifica indirizzi...)
- organizzazione di un servizio in cui viene utilizzato il *counselling** per la vaccinazione HPV
- formazione del personale per il *counselling** pre-vaccinale
- gestione della registrazione delle vaccinazioni effettuate al di fuori delle strutture del SSN
- coinvolgimento di altre strutture e figure professionali (oltre ai servizi vaccinali della ASL) nell'offerta e promozione della vaccinazione HPV (es. coinvolgimento dei consultori, lettere informative a PLS/MMG, ecc...)
- formazione degli operatori sanitari
- predisposizione di materiale da utilizzare per la formazione degli operatori sanitari
- attività comunicative per la promozione della vaccinazione HPV rivolte alla popolazione target/popolazione generale/altri target
- predisposizione di materiale da utilizzare per la promozione della vaccinazione HPV rivolte alla popolazione target/popolazione generale/altri target

**Per counselling vaccinale si intende l'intervento di un operatore sanitario appositamente formato per quanto riguarda gli aspetti tecnico-scientifici dell'intervento (contenuto), ma anche in grado di utilizzare durante il colloquio le competenze di base del counselling con lo scopo di attivare e facilitare la persona verso scelte consapevoli e responsabili riguardo la vaccinazione.*

3. A seguito dell'Intesa Stato/Regioni del 20/12/2007, la tua Regione ha prodotto: (più di una risposta è possibile)

- delibera/nota regionale sulle strategie vaccinali per HPV
 documento specifico con indicazioni operative per l'implementazione del programma regionale in ciascuna ASL
 materiale informativo da utilizzare per la promozione della vaccinazione
 materiale da utilizzare per la formazione degli operatori sanitari
 altro di rilevante, specificare _____

4. Sono avvenuti rilevanti cambiamenti relativamente allo scenario Regione/ASL nel corso delle due campagne considerate (coorte 1997 e coorte 1998)?

- No
 Sì

Se sì, descrivere quali e quando _____

5. Commenti alla Sezione "Ruolo della Regione e della ASL": _____

Sezione: Attività rivolte agli operatori sanitari

Questa sezione studia quali attività sono state condotte a seguito dell'introduzione della vaccinazione HPV, con che frequenza sono state condotte, quali figure professionali sono state coinvolte e se tali attività hanno coinvolto l'intera Regione o solo alcune ASL.

6. In seguito all'introduzione dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione anti HPV alle dodicenni, quali delle seguenti attività ha condotto la tua Regione e quali figure professionali sono state coinvolte (dal 2007 ad oggi)? (più di una risposta è possibile)

	Invio di copia dell'Intesa Stato-Regione del 20/12/2007 e/o delibera/nota regionale sulle strategie per la vaccinazione HPV	Invio informativa per sensibilizzare alla vaccinazione HPV	Corsi di formazione a cascata (referenti regionali --- referenti ASL ---- operatori sanitari del territorio)	Altri corsi di formazione	Convegni o eventi informativi	Divulgazione di dati di aggiornamento in tema di HPV e CC (newsletter, bollettini, web)	Divulgazione di relazioni di attività svolte in ASL o Regione in tema di HPV e CC	Divulgazione dei dati di copertura vaccinale
Referenti ASL per le malattie infettive								
Operatori dei servizi vaccinali								
Medici di Medicina Generale								
Pediatri di libera scelta								
Pediatri ospedalieri/ ambulatoriali								
Pediatri privati								
Operatori sanitari dei consultori								
Ginecologi ospedalieri/ ambulatoriali								
Ginecologi privati								
Operatori dei Servizi di Screening								
Oncologi								
Altro, specificare								

7. Per le attività sopra menzionate indicare: 1) la frequenza con cui sono state effettuate e 2) se hanno coinvolto l'intera Regione o solo alcune ASL: (sono richieste almeno due risposte: una per ogni menù)

	Invio di copia dell'Intesa Stato-Regione del 20/12/2007 e/o delibera/nota regionale sulle strategie per la vaccinazione HPV	Invio informativa per sensibilizzare alla vaccinazione HPV	Corsi di formazione a cascata (referenti regionali --- referenti ASL --- operatori sanitari del territorio)	Altri corsi di formazione	Convegni o eventi informativi	Divulgazione di dati di aggiornamento in tema di HPV e CC (newsletter, bollettini, web)	Divulgazione di relazioni di attività svolte in ASL o Regione in tema di HPV e CC	Divulgazione dei dati di copertura vaccinale
Non effettuato								
Effettuato una sola volta all'avvio della campagna o nel primo anno								
Effettuato all'avvio della campagna o nel primo anno e ripetuto successivamente								
Effettuato periodicamente								
Ha coinvolto tutta la Regione								
Ha coinvolto solo alcune ASL								

Se, a seconda delle figure professionali coinvolte variano la frequenza e il coinvolgimento di Regione/ASL, specificare i dettagli in Note _____

8. Nella tua Regione sono state condotte indagini ad hoc per valutare alcuni aspetti della campagna vaccinale anti HPV? (più di una risposta è possibile)

- No
- Sì, indagini per valutare i motivi di mancata vaccinazione
- Sì, indagini per valutare l'atteggiamento delle ragazze/genitori verso la vaccinazione anti HPV
- Sì, indagini per valutare l'atteggiamento degli operatori sanitari verso la vaccinazione anti HPV
- Sì, altro (specificare _____)

Riportare eventuali riferimenti bibliografici o link

9. Nella tua Regione sono stati condotti/avviati progetti di ricerca in materia di HPV? (più di una risposta è possibile)

- No
- Sì, progetti per valutare l'efficacia della vaccinazione (attraverso registri tumori, sdo, screening)
- Sì, studi di prevalenza dei tipi di HPV
- Sì, altro (specificare _____)

10. Commenti alla Sezione "Attività rivolte agli operatori sanitari" (es. altre attività non menzionate): _____

Riportare eventuali riferimenti bibliografici o link

Sezione: Promozione della vaccinazione HPV

Questa sezione si prefigge di descrivere le strategie comunicative e le attività condotte per promuovere la vaccinazione anti HPV: target della campagna promozionale, predisposizione e distribuzione del materiale informativo, coinvolgimento delle scuole, uso di mezzi di comunicazione di massa.

Ti ricordiamo che le domande si riferiscono alle campagne in cui sono state invitate le ragazze appartenenti alle coorti di nascita 1997 e 1998 (approssimativamente al periodo 2008-2010).

11. La tua Regione ha condotto una campagna promozionale per la vaccinazione anti HPV?

- No
 Sì, una sola volta all'avvio della campagna
 Sì, ripetuto anche successivamente

12. Se sì, la campagna promozionale per la vaccinazione anti HPV condotta dalla tua Regione:

- ha coinvolto l'intera Regione
 ha coinvolto solo alcune ASL
 altro, specificare _____

13. A quali gruppi target sono state rivolte le attività di comunicazione per la promozione della vaccinazione anti HPV? (più di una risposta è possibile)

- Le preadolescenti e adolescenti
 Le giovani donne
 I genitori
 Gli educatori
 I medici di medicina generale
 I pediatri
 I ginecologi
 Gli oncologi
 I media
 Popolazione generale

14. La tua Regione ha predisposto materiale informativo sulla vaccinazione anti HPV per la campagna vaccinale? (più di una risposta è possibile)

- No
 Pieghevoli/Volantini
 Locandine/Poster
 Altro, specificare _____

15. Il materiale informativo è stato tradotto in altre lingue?

- No
 Sì, specificare cosa e in quali lingue _____

16. Dove è stato distribuito il materiale informativo? (più di una risposta è possibile)

- ASL (la distribuzione del materiale informativo è stata pianificata dalle ASL, quindi varia tra ASL)
- Servizi vaccinali
- Ambulatori di MMG
- Ambulatori di PLS
- Ambulatori di ginecologi
- Consultori
- Farmacie
- Scuole
- Stand informativi nelle piazze
- Esercizi pubblici
- Altri luoghi di aggregazione
- Altro, specificare _____

17. Le indicazioni regionali prevedono il coinvolgimento delle scuole medie nelle attività di promozione della vaccinazione anti HPV? (più di una risposta è possibile)

- No
- Sì, incontri informativi per le ragazze e le famiglie
- Sì, giornate di vaccinazione
- Sì, lettera di sensibilizzazione alle alunne delle scuole
- Sì, le attività sono state pianificate dalle ASL (quindi variano tra ASL)
- Altro, specificare _____

18. Sono stati utilizzati mezzi di comunicazione di massa per informare e promuovere la vaccinazione anti HPV? (più di una risposta è possibile)

- No
- Radio locali
- Reti televisive locali
- Giornali e riviste
- Sito internet della Regione
- la promozione attraverso mezzi di comunicazione di massa è stata pianificata dalle ASL (quindi varia tra ASL)
- Altro, specificare _____

19. E' stata predisposta una linea telefonica regionale informativa per la vaccinazione anti HPV?

- No
- Sì, una linea telefonica per tutte le vaccinazioni
- Sì, una linea telefonica dedicata alla vaccinazione anti HPV

20. Durante la campagna vaccinale sono state realizzate concomitanti azioni divulgative da parte di altre organizzazioni locali? (più di una risposta è possibile)

- No
- Sì, organizzate da Organizzazioni Non Governative
- Sì, organizzate da ditte farmaceutiche
- Sì, organizzate da Società Scientifiche (FIMMG, SIMG, SIGO, SIP ...)
- Altro _____

21. Sono avvenuti rilevanti cambiamenti nelle strategie comunicative e attività condotte per la promozione della vaccinazione anti HPV nel corso delle due campagne considerate (coorte 1997 e coorte 1998)?

- No
- Sì

Se sì, indicare il momento in cui le strategie sono state modificate e descrivere come _____

22. Commento alla Sezione "Promozione della vaccinazione HPV": _____

Sezione: Criticità e commenti

Questa sezione si prefigge di valutare quali fattori abbiano influito negativamente sull'andamento delle campagne di vaccinazione anti HPV e identificare le difficoltà incontrate.

23. Quanto i seguenti fattori hanno influenzato negativamente la copertura vaccinale per l'HPV nella tua Regione? (molto/abbastanza/poco/per nulla)

- risorse economiche limitate
- personale insufficiente
- problemi nell'approvvigionamento dei vaccini
- problemi legati all'accessibilità ad alcuni centri vaccinali
- inadeguatezza degli strumenti di lavoro (accesso ad internet, impossibilità di creare automaticamente gli inviti)
- anagrafi vaccinali non/parzialmente informatizzate
- difficoltà di organizzazione delle attività nei servizi vaccinali
- problematiche legate all'anagrafica (inadeguatezza degli elenchi delle ragazze da invitare)
- scarsa formazione degli operatori dei servizi vaccinali
- diffidenza degli operatori dei servizi vaccinali verso la vaccinazione anti HPV
- scarsa partecipazione agli eventi formativi da parte degli altri operatori sanitari (MMG, pediatri, ginecologi,...)
- diffidenza degli altri operatori sanitari (MMG, pediatri, ginecologi,...) verso la vaccinazione anti HPV
- diffidenza della popolazione verso la vaccinazione anti HPV
- movimenti antivaccinatori
- diffusione di opinioni contrarie alla vaccinazione HPV attraverso web e media locali
- pressione di personalità locali influenti che si sono espresse contro la vaccinazione anti HPV
- Altro, specificare _____

24. Sono state pianificate soluzioni per migliorare le coperture vaccinali da applicare nelle prossime campagne per la vaccinazione anti HPV?

- No
- Non so
- Sì

Se sì, descrivere _____

25. Commenti alla sezione "Criticità e commenti": _____

26. Sono stati messi in atto cambiamenti rilevanti nella pianificazione e attuazione delle attività di promozione e vaccinazione rivolte alle coorti di nascita successive a quelle in studio (nate nel 1999, 2000)? _____

B2. Questionario ASL per l'indagine sulle campagne vaccinali

Indagine conoscitiva sugli aspetti comunicativi e organizzativi delle campagne di vaccinazione contro l'HPV – Questionario ASL

Gentile collega,
innanzitutto grazie per aver aderito a questa indagine. Alcune precisazioni prima di cominciare.

Il questionario comprende 44 domande, distribuite nelle seguenti sezioni:

- Attività rivolte agli operatori sanitari e organizzazione dei servizi vaccinali
- Buone pratiche vaccinali
- Promozione della vaccinazione contro l'HPV
- Monitoraggio della promozione della vaccinazione contro l'HPV
- Criticità e commenti

Le domande del questionario si riferiscono alle campagne in cui sono state invitate a vaccinarsi contro l'HPV le ragazze appartenenti alle coorti di nascita **1997** e **1998**, quindi approssimativamente al periodo 2008-2010, variabile a seconda del mese di avvio della campagna. La scelta di queste due coorti è dovuta al fatto che gli inviti e gli eventuali solleciti sono stati completati (o lo saranno a breve) in tutte le Regioni e i dati di copertura vaccinale (CV) disponibili sono definitivi (o lo saranno a breve). Nell'analisi, infatti, le informazioni raccolte con questa indagine verranno messe in relazione con i dati di copertura vaccinale (regionali e di ASL) al fine di identificare le strategie più appropriate associate ad una migliore copertura vaccinale.

ISTRUZIONI:

Il questionario può essere compilato a più riprese. La pagina non può essere salvata se non è completa.

Per continuare la compilazione in più riprese o per effettuare modifiche, utilizzare lo stesso link che avete ricevuto come invito alla partecipazione.

Per conservare una copia cartacea del questionario compilato, stampare ogni pagina singolarmente.

Le modifiche e la compilazione potranno essere effettuate fino alla chiusura del questionario.

Per chiarimenti e ulteriori delucidazioni contattare crisrina.giambi@iss.it.

Regione _____

ASL _____

Nome e cognome del compilatore/i _____

Indirizzo e recapito telefonico _____

SEZIONE: Attività rivolte agli operatori sanitari e organizzazione dei servizi vaccinali

Questa sezione indaga quali attività sono state condotte a seguito dell'introduzione della vaccinazione HPV, con che frequenza sono state condotte, quali figure professionali sono state coinvolte e come sono organizzati servizi vaccinali della tua ASL.

1. In seguito all'introduzione dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione anti HPV alle dodicenni, quali delle seguenti attività sono state effettuate dalla tua ASL (anche in collaborazione con la Regione) e quali figure professionali sono state coinvolte (dal 2007 ad oggi)? (più di una risposta è possibile)

	Invio di copia dell'Intesa Stato-Regione del 20/12/2007 e/o delibera regionale sulle strategie per la vaccinazione HPV	Invio informativa per sensibilizzare alla vaccinazione HPV	Corsi di formazione a cascata regionali (referenti regionali --- referenti ASL ---- operatori sanitari del territorio)	Altri corsi di formazione	Convegni o eventi informativi	Divulgazione di dati di aggiornamento in tema di HPV e CC (newsletter, bollettini, web)	Divulgazione di relazioni di attività svolte in ASL o Regione in tema di HPV e CC	Divulgazione dei dati di copertura vaccinale
Operatori dei servizi vaccinali								
Medici di Medicina Generale								
Pediatri di libera scelta								
Pediatri privati								
Pediatri ospedalieri/ ambulatoriali								
Ginecologi privati								
Ginecologi ospedalieri/ ambulatoriali								
Operatori sanitari dei consultori								
Operatori dei Servizi di Screening								
Oncologi								
Altro, specificare								

2. Per le attività sopra menzionate indicare la frequenza con cui sono state effettuate.

	Invio di copia dell'Intesa Stato-Regione del 20/12/2007 e/o delibera/nota regionale sulle strategie per la vaccinazione HPV	Invio informativa per sensibilizzare alla vaccinazione HPV	Corsi di formazione a cascata (referenti regionali --- referenti ASL ---- operatori sanitari del territorio)	Altri corsi di formazione	Convegni o eventi informativi	Divulgazione di dati di aggiornamento in tema di HPV e CC (newsletter, bollettini, web)	Divulgazione di relazioni di attività svolte in ASL o Regione in tema di HPV e CC	Divulgazione dei dati di copertura vaccinale
Non effettuato								
Effettuato una sola volta all'avvio della campagna o nel primo anno								
Effettuato all'avvio della campagna o nel primo anno e ripetuto successivamente								
Effettuato periodicamente								

Se, a seconda delle figure professionali coinvolte varia la frequenza, specificare i dettagli in Note

3. Nella tua ASL sono state condotte indagini ad hoc per valutare alcuni aspetti della campagna vaccinale anti HPV? (più di una risposta è possibile)

- No
 Sì, indagini per valutare i motivi di mancata vaccinazione
 Sì, indagini per valutare l'atteggiamento delle ragazze/genitori verso la vaccinazione anti HPV
 Sì, indagini per valutare l'atteggiamento degli operatori sanitari verso la vaccinazione anti HPV
 Sì, altro (specificare _____)

Riportare eventuali riferimenti bibliografici o link

4. Quali servizi si occupano della somministrazione della vaccinazione HPV attraverso il SSN (offerta gratuita alle dodicenni)? (più di una risposta è possibile)

- Centri vaccinali per l'età evolutiva (laddove vengono somministrate le vaccinazioni pediatriche)
 Centri vaccinali per adulti (laddove vengono somministrate le vaccinazioni per adulti es. richiami decennali dT)
 Centri vaccinali (vaccinazioni pediatriche e per adulti vengono somministrate nello stesso servizio)
 Ambulatori scolastici
 Vaccinazione presso i Consultori
 Vaccinazione presso i PLS
 Vaccinazione presso i MMG
 Altro _____

5. Nella maggior parte dei centri vaccinali della tua ASL, le sedute per la vaccinazione HPV sono organizzate per appuntamento?

- No
 Sì, spetta ai genitori richiedere l'appuntamento
 Sì, pre-assegnato dal Servizio Vaccinale e modificabile

Sì, altro _____

6. Nella maggior parte dei centri vaccinali, gli appuntamenti vaccinali per la vaccinazione HPV sono previsti:

- 1 o 2 giorni alla settimana
- 3 o 4 giorni alla settimana
- 5 o 6 giorni alla settimana

7. Nella maggior parte dei centri vaccinali della tua ASL, sono previste sedute pomeridiane?

- No
- Sì, tutti i giorni
- Sì, in alcuni giorni

8. La vaccinazione HPV viene proposta contemporaneamente al richiamo dTp?

- Generalmente No
- Generalmente Sì

9. Commenti alla Sezione "Attività rivolte agli operatori sanitari e organizzazione dei servizi vaccinali": _____

SEZIONE: Buone pratiche vaccinali

Questa sezione si prefigge di descrivere: modalità di invito delle dodicenni alla vaccinazione anti HPV (prima dose e dosi successive), sollecito delle non rispondenti, invito delle irreperibili, disponibilità dell'anagrafe vaccinale, di servizi di counselling pre-vaccinale e di una linea telefonica per la vaccinazione HPV nella tua ASL. Ti ricordiamo che le domande si riferiscono alle campagne in cui sono state invitate le ragazze appartenenti alle coorti di nascita 1997 e 1998 (approssimativamente al periodo 2008-2010).

10. Nella vostra ASL è disponibile l'anagrafe vaccinale informatizzata?

- No
- Sì, anagrafe vaccinale collegata all'anagrafe di popolazione
- Sì, anagrafe vaccinale collegata all'anagrafe sanitaria
- Sì, anagrafe vaccinale collegata all'anagrafe sanitaria e all'anagrafe di popolazione
- Semplice registrazione informatizzata delle vaccinazioni, senza collegamento alle anagrafi

11. L'invito alla vaccinazione anti HPV della dodicenne avviene mediante:

- invio di lettera presso il domicilio/residenza della stessa
- invio di lettera presso il domicilio/residenza della stessa, seguito da contatto telefonico da parte degli operatori ASL
- altro, specificare _____

12. Con la lettera di invito: (più di una risposta è possibile)

- viene indicata la data dell'appuntamento per la prima dose
- viene richiesta la conferma dell'appuntamento da parte della famiglia della dodicenne
- viene inviato materiale informativo sulla vaccinazione anti HPV
- viene inviato il modulo del consenso informato da restituire al momento della vaccinazione

viene indicata una linea telefonica da contattare per ricevere informazioni inerenti la vaccinazione anti HPV

13. Indicare il numero di solleciti effettuati alle ragazze non rispondenti al primo invito alla vaccinazione anti HPV:

- 0
- 1
- 2
- 3
- Altro, specificare _____

14. Con che modalità avviene il sollecito delle ragazze non rispondenti? (più di una risposta è possibile)

- Invio di nuova lettera
- Telefonata
- Solleciti attraverso le scuole
- Altro, specificare _____

15. Sono presenti procedure per le ragazze considerate irreperibili per problematiche legate all'anagrafica?

- No
- Sì, verifica degli indirizzi delle non rispondenti con i PLS/MMG
- Sì, verifica degli indirizzi delle non rispondenti con le anagrafi di popolazione
- Sì, altro (descrivere _____)

16. Presso la tua ASL è previsto un servizio nel quale viene utilizzato il *counselling** per la vaccinazione anti HPV?

- No
- Sì, dedicato alla vaccinazione anti HPV
- Sì, per tutte le vaccinazioni

**Per counselling vaccinale si intende l'intervento di un operatore sanitario appositamente formato per quanto riguarda gli aspetti tecnico-scientifici dell'intervento (contenuto), ma anche in grado di utilizzare durante il colloquio le competenze di base del counselling con lo scopo di attivare e facilitare la persona verso scelte consapevoli e responsabili riguardo la vaccinazione.*

17. E' prevista nella tua ASL una linea telefonica informativa per la vaccinazione anti HPV?

- No
- Sì, una linea telefonica per tutte le vaccinazioni
- Sì, una linea telefonica dedicata alla vaccinazione anti HPV
- All'utente viene fornito il numero del servizio vaccinale

18. E' previsto un sistema automatizzato per gli operatori sanitari con scadenziari per gli appuntamenti vaccinali (es. appuntamenti per seconda e terza dose) ?

- No
- Sì

19. Come avviene la chiamata della dodicenne per le dosi successive alla prima?

- la data dell'appuntamento successivo viene fissata al momento della prima/seconda dose
- la data dell'appuntamento successivo viene fissata al momento della prima/seconda dose e poi ricordata attraverso telefonata/lettera
- Spetta alla famiglia contattare il servizio vaccinale per fissare l'appuntamento
- Altro, specificare _____

20. Sono avvenuti rilevanti cambiamenti nelle strategie di offerta della vaccinazione HPV e delle pratiche vaccinali nel corso delle due campagne considerate (coorte 1997 e coorte 1998)?

- No
 Sì

Se sì, indicare il momento in cui le strategie sono state modificate e descrivere come _____

21. Commento alla Sezione "Buone pratiche vaccinali": _____

SEZIONE: Promozione della vaccinazione contro l'HPV

Questa sezione si prefigge di descrivere le strategie comunicative e le attività condotte per promuovere la vaccinazione anti HPV: target della campagna promozionale, predisposizione e distribuzione del materiale informativo, coinvolgimento delle scuole, uso di mezzi di comunicazione di massa.

Ti ricordiamo che le domande si riferiscono alle campagne in cui sono state invitate le ragazze appartenenti alle coorti di nascita 1997 e 1998 (approssimativamente al periodo 2008-2010).

22. La tua ASL ha condotto una campagna promozionale per la vaccinazione anti HPV?

- No
 Sì, una sola volta all'avvio della campagna
 Sì, ripetuta anche successivamente

23. Se sì, la campagna è stata coordinata:

- prevalentemente dalla Regione
 prevalentemente dalla ASL
 piena collaborazione tra ASL e Regione

24. A quali gruppi target sono state rivolte le attività di comunicazione per la promozione della vaccinazione HPV? (più di una risposta è possibile)

- Le preadolescenti e adolescenti
 Le giovani donne
 I genitori
 Gli educatori
 I medici di medicina generale
 I pediatri
 I ginecologi
 Gli oncologi
 I Media
 Popolazione generale

25. Per la campagna vaccinale è stato distribuito materiale informativo sulla vaccinazione anti HPV? (più di una risposta è possibile)

- No
 Pieghevoli/Volantini
 Locandine/Poster
 Altro, specificare _____

26. Se sì, il materiale informativo è stato realizzato da? (più di una risposta è possibile)

- Ministero della Salute

- Regione
- Asl
- Ditta farmaceutica
- Altro, specificare _____

27. Il materiale informativo è stato tradotto in altre lingue?

- No
- Sì, specificare cosa e in quali lingue _____

28. In quali luoghi è stato distribuito il materiale informativo? (più di una risposta è possibile)

- Servizi vaccinali
- Ambulatori di MMG
- Ambulatori di PLS
- Ambulatori di ginecologi
- Consultori
- Farmacie
- Scuole medie
- Stand informativi nelle piazze
- Esercizi pubblici
- Altri luoghi di aggregazione
- Altro, specificare _____

29. La campagna di promozione della vaccinazione HPV prevedeva l'organizzazione di incontri informativi sulla vaccinazione anti HPV per le dodicenni e le famiglie?

- No
- Sì, una sola nel primo anno della campagna
- Sì, ripetuti anche successivamente

30. Se sì, dove? (più di una risposta è possibile)

- Nei servizi vaccinali
- Nelle scuole
- Sedi messe a disposizione dalla ASL
- Sedi messe a disposizione dalla Regione
- Altro, specificare _____

31. Sono state coinvolte le scuole medie nella campagna di promozione per la vaccinazione HPV? (più di una risposta è possibile)

- No
- Sì, lettera di sensibilizzazione alle alunne delle scuole
- Sì, incontri informativi per le ragazze e le famiglie
- Sì, giornate di vaccinazione
- Altro, specificare _____

32. Sono stati utilizzati mezzi di comunicazione di massa per informare e promuovere la vaccinazione anti HPV? (più di una risposta è possibile)

- No
- Radio locali
- Reti televisive locali
- Giornali e riviste
- Sito internet della vostra ASL
- Sito internet della vostra Regione
- Altro, specificare _____

33. Durante la campagna vaccinale sono state realizzate concomitanti azioni divulgative da parte di altre organizzazioni locali? (più di una risposta è possibile)

- No
- Sì, organizzate da Organizzazioni Non Governative
- Sì, organizzate da ditte farmaceutiche
- Sì, organizzate da Società Scientifiche (FIMMG, SIMG, SIGO, SIP ...)
- Altro _____

34. Sono avvenuti rilevanti cambiamenti nelle strategie comunicative e attività condotte per la promozione della vaccinazione anti HPV nel corso delle due campagne considerate (coorte 1997 e coorte 1998)?

- No
- Sì

Se sì, indicare il momento in cui le strategie sono state modificate e descrivere come

35. Commenti alla sezione "Promozione della vaccinazione HPV": _____

SEZIONE: Monitoraggio della promozione della vaccinazione contro l'HPV

Questa sezione ha lo scopo di quantificare approssimativamente l'estensione delle attività di promozione della vaccinazione HPV.

36. Indicare approssimativamente in quanti dei seguenti servizi/scuole è stato distribuito il materiale informativo per la promozione della vaccinazione HPV nel corso della campagna che ha invitato la coorte di nascita 1998:

	< 40% del servizio indicato	40-70% del servizio indicato	>70% del servizio indicato	Nessuno/Non applicabile
Servizi vaccinali				
Ambulatori MMG				
Ambulatori PLS				
Ambulatori ginecologi				
Consultori				
Farmacie				
Scuole medie				
Altro, specificare				

37. Le risposte che hai fornito nella domanda 36, possono riferirsi anche alla campagna che ha invitato la coorte di nascita 1997?

- Sì
- No

Se no, indicare approssimativamente in quanti dei seguenti servizi/scuole è stato distribuito il materiale informativo per la promozione della vaccinazione HPV nel corso della campagna che ha invitato la coorte di nascita 1997:

	< 40% del servizio indicato	40-70% del servizio indicato	>70% del servizio indicato	Nessuno/Non applicabile
Servizi vaccinali				
Ambulatori MMG				
Ambulatori PLS				
Ambulatori ginecologi				
Consultori				
Farmacie				
Scuole medie				
Altro, specificare				

38. Indicare a quante scuole medie sono state approssimativamente estese le attività di promozione della vaccinazione anti HPV (incontri, giornate di vaccinazione...) nel corso della campagna che ha invitato la coorte di nascita 1998:

- Meno del 40% delle scuole
- 40-70% delle scuole
- Oltre il 70% delle scuole
- Non applicabile

39. Le risposte che hai fornito nella domanda 38, possono riferirsi anche alla campagna che ha invitato la coorte di nascita 1997?

- Sì
- No

Se no, indicare a quante scuole medie sono state approssimativamente estese le attività di promozione della vaccinazione anti HPV (incontri, giornate di vaccinazione...) nel corso della campagna che ha invitato la coorte di nascita 1997:

- Meno del 40% delle scuole
- 40-70% delle scuole
- Oltre il 70% delle scuole
- Non applicabile

40. Relativamente ai mezzi di comunicazione di massa, indicare se nel corso della campagna che ha invitato la coorte di nascita 1998 è stata utilizzata un'unica fonte informativa o più di una:

	Nessuno	1 o 2 fonti	3 o più fonti
Radio locali			
Reti televisive locali			
Giornali/riviste			
Altro, specificare			

41. Le risposte che hai fornito nella domanda 40, possono riferirsi anche alla campagna che ha invitato la coorte di nascita 1997?

- Sì
- No

Se no, indicare se nel corso della campagna che ha invitato la coorte di nascita 1997 è stata utilizzata un'unica fonte informativa o più di una:

	Nessuno	1 o 2 fonti	3 o più fonti
Radio locali			
Reti televisive locali			

Giornali/riviste			
Altro, specificare			

42. Commenti alla sezione "Monitoraggio della promozione della vaccinazione HPV": _____

SEZIONE: Criticità e commenti

Questa sezione si prefigge di valutare quali fattori hanno influito negativamente sull'andamento delle campagne di vaccinazione HPV e identificare le difficoltà incontrate.

43. Sono presenti nel territorio della sua ASL gruppi che rifiutano le vaccinazioni per motivi religiosi o ideologici ?

- No
 Non so
 Sì

Se sì, descrivere (nome, dimensione, localizzazione, peculiarità, atteggiamento verso le vaccinazioni in genere ed eventualmente verso la vaccinazione anti HPV...) _____

44. Sono presenti nel territorio della sua ASL larghe comunità etniche, nomadi, etc...?

- No
 Non so
 Sì

Se sì, descrivere (nome, dimensione, localizzazione, peculiarità, atteggiamento verso le vaccinazioni in genere ed eventualmente verso la vaccinazione anti HPV...) _____

45. Sono presenti nel territorio della tua ASL gruppi antivaccinatori?

- No
 Non so
 Sì

Se sì, descrivere (nome, dimensione, localizzazione, peculiarità, attività e mezzi utilizzati per contrastare le vaccinazioni in genere ed in particolare la vaccinazione anti HPV...) _____

46. Quanto i seguenti fattori hanno influenzato negativamente la copertura vaccinale per l'HPV nella sua ASL? (molto/abbastanza/poco/per nulla)

- mancanza di coordinamento dalla Regione
- risorse economiche limitate
- personale insufficiente
- problemi nell'approvvigionamento dei vaccini
- problemi legati all'accessibilità ad alcuni centri vaccinali
- inadeguatezza degli strumenti di lavoro (accesso ad internet, impossibilità di creare automaticamente gli inviti)
- anagrafi vaccinali non/parzialmente informatizzate
- difficoltà di organizzazione delle attività nei servizi vaccinali
- problematiche legate all'anagrafica (inadeguatezza degli elenchi delle ragazze da invitare)
- scarsa formazione degli operatori dei servizi vaccinali
- diffidenza degli operatori dei servizi vaccinali verso la vaccinazione anti HPV
- scarsa partecipazione agli eventi formativi da parte degli altri operatori sanitari (MMG, pediatri, ginecologi,...)

- diffidenza degli altri operatori sanitari (MMG, pediatri, ginecologi,...) verso la vaccinazione anti HPV
- diffidenza della popolazione verso la vaccinazione anti HPV
- movimenti antivaccinatori
- diffusione di opinioni contrarie alla vaccinazione HPV attraverso web e media locali
- pressione di personalità locali influenti che si sono espresse contro la vaccinazione anti HPV
- altro, specificare _____

47. Sono state pianificate soluzioni per migliorare le coperture vaccinali da applicare nelle prossime campagne HPV?

- No
- Non so
- Sì

Se sì, descrivere (organizzazione dei servizi, attività verso gruppi antivaccinatori, attività comunicative, attività formative, etc...) _____

48. Commenti alla sezione "Criticità e commenti": _____

49. Sono stati messi in atto cambiamenti rilevanti nella pianificazione e attuazione delle attività di promozione e vaccinazione rivolte alle coorti di nascita successive a quelle in studio (nate nel 1999, 2000)? _____

B3. Questionario per le famiglie per l'indagine sui motivi di mancata vaccinazione




Timbro ASL

VALutazione LOcale e REgionale delle campagne vaccinali contro l'HPV
 Progetto finanziato dal CCM (Centro per il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute)

Anno di nascita di Vostra figlia _____ Cittadinanza: Italiana Altro, specificare _____
 Città di domicilio _____ Provincia _____

1) Vostra figlia ha ricevuto una lettera d'invito a recarsi presso il servizio vaccinale della ASL per ricevere gratuitamente la vaccinazione anti-HPV?
 a. Sì, una lettera b. Sì, più di una lettera (sollecito) c. No

2) Ad oggi, vostra figlia ha effettuato la vaccinazione anti-HPV?
 a. No d. Sì, dal pediatra/medico di famiglia
 b. Sì, presso il servizio vaccinale della nostra ASL e. Sì, dal ginecologo
 c. Sì, presso il servizio vaccinale di un'altra ASL f. Sì, altro _____

Se vostra figlia non è stata vaccinata presso la vostra ASL, specificare il motivo _____

Se vostra figlia È stata vaccinata (anche parzialmente) contro l'HPV, il questionario termina qui. Vi chiediamo di rispedirlo utilizzando la busta pre-affrancata. Grazie per il vostro aiuto!

Se vostra figlia ad oggi NON È stata vaccinata, vi chiediamo di completare il questionario!

3) Quanto hanno influito i seguenti fattori nella MANCATA vaccinazione di vostra figlia?

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
1. La vaccinazione contro l'HPV non è obbligatoria				
2. Non abbiamo fiducia in un vaccino così nuovo				
3. Non abbiamo fiducia nelle vaccinazioni in generale				
4. Riteniamo che l'infezione da HPV non sia grave				
5. Riteniamo che questa vaccinazione non sia utile				
6. Abbiamo paura degli effetti collaterali di questa vaccinazione				
7. Non abbiamo sentito parlare molto di questa vaccinazione perciò pensiamo che non sia importante				
8. Non riteniamo importante vaccinare nostra figlia perché l'esecuzione periodica del Pap-test in futuro permetterà di prevenire questo tumore				
9. Non avevamo sufficienti informazioni su questa vaccinazione				
10. Le informazioni ricevute sulla vaccinazione HPV erano discordanti				
11. Ci è stata sconsigliata dal medico/pediatra di famiglia				
12. Ci è stata sconsigliata da altro personale sanitario				
13. Ci è stata sconsigliata da familiari/amici				
14. Nostra figlia ha paura delle iniezioni				
15. Nostra figlia è troppo giovane e non sessualmente attiva				
16. Riteniamo che la vaccinazione incoraggi comportamenti sessuali a rischio o precoci tra i giovani				
17. Nostra figlia non può essere vaccinata per motivi di salute/controindicazioni				
18. Nostra figlia non è stata vaccinata per motivi religiosi				
19. Ci avvaliamo di una medicina alternativa che non prevede le vaccinazioni				
20. Non eravamo a conoscenza della gratuità del vaccino				
21. Non siamo potuti andare all'appuntamento				
22. Non è agevole raggiungere il servizio vaccinale				
23. E' complicato prendere appuntamento/il centro vaccinale della ASL è un caos				
24. Altro:				

4) Quali suggerimenti vi ha dato il Medico/Pediatra di famiglia (o altri sanitari consultati) in merito a questa vaccinazione? *(indicare solo una risposta)*

- Ha/Hanno consigliato la vaccinazione
- Ha/Hanno sconsigliato la vaccinazione
- Non ha/hanno espresso un'opinione sulla vaccinazione
- Ha/Hanno consigliato di ritardare l'effettuazione della vaccinazione
- Consultati più sanitari, hanno espresso pareri contrastanti
- Non abbiamo affrontato l'argomento
- Altro, _____

5) Vi chiediamo di indicare vero o falso in riferimento alle seguenti affermazioni:

- L'infezione da HPV è rara Vero Falso Non so
- L'infezione da HPV si trasmette attraverso i rapporti sessuali Vero Falso Non so
- L'infezione da HPV può causare il tumore del collo dell'utero Vero Falso Non so
- I condilomi genitali sono causati dall'HPV Vero Falso Non so
- Soltanto le donne possono essere infettate dall'HPV Vero Falso Non so
- La maggior parte delle infezioni HPV regredisce spontaneamente Vero Falso Non so
- Una persona potrebbe essere infettata con l'HPV e non accorgersene Vero Falso Non so
- In alcuni casi l'infezione da HPV può durare anche molti anni Vero Falso Non so
- La vaccinazione anti-HPV funziona bene se somministrata prima dell'inizio dell'attività sessuale Vero Falso Non so
- La vaccinazione anti-HPV protegge da tutti i tipi di HPV in grado di causare un il tumore del collo dell'utero Vero Falso Non so

6) Da chi/dove avete ottenuto informazioni su HPV/vaccinazione anti-HPV? *(più di una risposta è possibile)*

- Non abbiamo mai sentito parlare di HPV/vaccinazione anti-HPV prima di questa lettera
- Pediatra/medico di famiglia
- Operatori del servizio vaccinale della ASL
- Operatori dei consultori
- Ginecologo
- Farmacista
- Familiari/Amici
- Scuola
- Internet
- Televisione/Radio
- Manifesti pubblicitari/volantini/giornali
- Altro, _____

7) Vi ritenete sufficientemente informati su HPV/vaccinazione anti-HPV?

- Sì
- No
- Non so

8) Ritenete che le informazioni ottenute dai sanitari consultati siano state adeguate per prendere una posizione in merito alla vaccinazione di vostra figlia contro l'HPV? *(più di una risposta è possibile)*

- Sì
- No, non sono state chiare in merito allo scopo e funzionamento del vaccino
- No, non sono state chiare in merito alla sicurezza del vaccino
- No, sono state scarse e generiche
- Altro, specificare _____

9) Quali fonti informative ritenete più importanti per ottenere adeguate informazioni sulla vaccinazione contro l'HPV? *(indicare massimo 3 risposte)*

- Pediatra/medico di famiglia
- Operatori del servizio vaccinale della ASL
- Operatori sanitari dei consultori
- Ginecologo
- Farmacista
- Familiari/Amici
- Internet
- Altro, _____

10) Ritenete che vostra figlia possa essere a rischio d'infezione da HPV in futuro?

- Sì
- No
- Non so

11) Avete intenzione di far vaccinare vostra figlia in futuro?

- Sì
- No
- Non so
- In futuro deciderà lei se vaccinarsi

12) Vostra figlia ha effettuato le vaccinazioni dell'infanzia *(contro poliomielite, difterite, tetano, pertosse, epatite B, ecc....)?*

- Sì, tutte quelle proposte dal pediatra/servizio vaccinale
- Sì, alcune di quelle proposte
- No

13) Vostra figlia ha effettuato la vaccinazione contro morbillo-parotite-rosolia?

- Sì, una dose
- Sì, due dosi
- No
- Non so

14) Vi chiediamo di indicare se siete d'accordo o in disaccordo con le seguenti affermazioni:

	Molto d'accordo	D'accordo	Non so	In disaccordo	Molto in disaccordo
1. Le vaccinazioni hanno un ruolo fondamentale nella salute dei bambini					
2. Se una vaccinazione è obbligatoria, è sicura					
3. Se una vaccinazione viene raccomandata dal Ministero della Salute, è sicura					
4. Se una vaccinazione viene raccomandata dal pediatra/medico di famiglia, è sicura					
5. Le vaccinazioni sono pericolose					
6. Le vaccinazioni raccomandate ai bambini sono troppe					

15) Quante volte vostra figlia si reca dal pediatra/medico di famiglia durante l'anno?

- a. 2 o più volte b. Una volta c. Mai d. Altro _____ e. Non so

16) Chi ha compilato il questionario?

- a. Ambedue i genitori b. Madre c. Padre

Infine, vi chiediamo di fornire le seguenti informazioni relative ad ambedue i genitori che saranno utili per contestualizzare le risposte precedenti:

	1. Madre	2. Padre
17) Cittadinanza	a. <input type="checkbox"/> Italiana b. <input type="checkbox"/> Altro _____	a. <input type="checkbox"/> Italiana b. <input type="checkbox"/> Altro _____
18) Et�	a. <input type="checkbox"/> meno di 35 anni c. <input type="checkbox"/> tra 45 e 55 anni b. <input type="checkbox"/> tra 35 e 45 anni d. <input type="checkbox"/> pi� di 55 anni	a. <input type="checkbox"/> meno di 35 anni c. <input type="checkbox"/> tra 45 e 55 anni b. <input type="checkbox"/> tra 35 e 45 anni d. <input type="checkbox"/> pi� di 55 anni
19) Ha figli di oltre 16 anni?	a. <input type="checkbox"/> S� b. <input type="checkbox"/> No	a. <input type="checkbox"/> S� b. <input type="checkbox"/> No
20) Titolo di studio	a. <input type="checkbox"/> Licenza elementare c. <input type="checkbox"/> Diploma b. <input type="checkbox"/> Licenza media d. <input type="checkbox"/> Laurea	a. <input type="checkbox"/> Licenza elementare c. <input type="checkbox"/> Diploma b. <input type="checkbox"/> Licenza media d. <input type="checkbox"/> Laurea
21) Attualmente lavora?	a. <input type="checkbox"/> S� b. <input type="checkbox"/> No	a. <input type="checkbox"/> S� b. <input type="checkbox"/> No
22) Abitudine al fumo	a. <input type="checkbox"/> Non fumatrice c. <input type="checkbox"/> Ex fumatrice b. <input type="checkbox"/> Fumatrice	a. <input type="checkbox"/> Non fumatore c. <input type="checkbox"/> Ex fumatore b. <input type="checkbox"/> Fumatore
23) Adesione al Pap test	1. Ha mai effettuato un pap test? a. <input type="checkbox"/> S� b. <input type="checkbox"/> No 2. Se s�, esegue il Pap test con regolarit�? a. <input type="checkbox"/> S� b. <input type="checkbox"/> No	

Vi siamo grati per aver compilato questo questionario!

Se avete bisogno di maggiori informazioni sul progetto VALORE potete rivolgervi al Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanit  telefonando allo 0649904260 o inviando una mail a studio.valore@iss.it.

B4. Questionario per gli operatori sanitari per l'indagine online

Caro/a collega,
nell'ambito delle attività del progetto VALORE (<http://www.epicentro.iss.it/problemi/hpv/valore.asp>) si considera di fondamentale importanza conoscere il punto di vista di tutte le persone che, a diverso titolo, sono coinvolte nella vaccinazione contro l'HPV: le ragazze, i loro genitori, i coordinatori delle campagne vaccinali e gli operatori sanitari. Data la rilevanza del ruolo degli operatori nella pratica vaccinale, ti proponiamo di rispondere a un breve questionario, completamente anonimo, che ci permetterà di avere maggiori informazioni sulla tua opinione riguardo la vaccinazione in oggetto.

La compilazione richiederà da 5 a 10 minuti.

Ti ricordiamo che la compilazione non può essere interrotta e il questionario, una volta completato e inviato, non può essere modificato; tuttavia prima dell'invio è possibile navigare tra le pagine del questionario.

Grazie per la tua collaborazione!

Il Gruppo di lavoro VALORE (CNESPS, Istituto Superiore di Sanità)
studio.valore@iss.it

***1. Sesso**

***2. Et **

***3. Regione di domicilio**

***4. Professione**

Opinioni e attitudini verso la vaccinazione contro l'HPV

*5. Parli di vaccinazioni con i tuoi pazienti/utenti?

*6. Leggi le seguenti affermazioni e indica il tuo grado di accordo/disaccordo

	Sono completamente in disaccordo	sono moderatamente in disaccordo	non ho una precisa opinione	sono moderatamente d'accordo	sono completamente d'accordo
Le vaccinazioni previste dal calendario nazionale sono uno strumento indispensabile per il controllo delle malattie infettive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I sanitari dovrebbero raccomandare ai loro pazienti le vaccinazioni previste dal calendario nazionale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I sanitari dovrebbero proporre ai loro pazienti le vaccinazioni raccomandate dal Ministero della Salute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La vaccinazione contro l'HPV ha un ruolo fondamentale per la prevenzione primaria del cervicocarcinoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La vaccinazione contro l'HPV è utile perché protegge dai principali tipi di HPV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La vaccinazione contro l'HPV è una vaccinazione sicura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La vaccinazione contro l'HPV è un business economico per le case farmaceutiche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La vaccinazione contro l'HPV potrebbe dare un falso senso di sicurezza incentivando rapporti sessuali non protetti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prima di raccomandare la vaccinazione contro l'HPV bisognerebbe aspettare perché il vaccino è di recente introduzione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La vaccinazione contro l'HPV non è una priorità poiché il pap-test è sufficiente per prevenire il cervicocarcinoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*7. Se avessi una figlia nella fascia di età target della vaccinazione (coorte di nascita 1996-2001) contro l'HPV la vaccineresti?

- Sì, la vaccinerei
- No, non la vaccinerei
- Non ho un'opinione precisa
- Ho una figlia nella fascia di età target della vaccinazione ed è stata vaccinata contro l'HPV (o lo sarà nei tempi previsti)
- Ho una figlia nella fascia di età target della vaccinazione ma abbiamo deciso di non accettare la vaccinazione contro l'HPV

***8. Di fronte a una ragazza pre-adolescente e ai suoi genitori, quale è il tuo atteggiamento verso la vaccinazione contro l'HPV?**

- Raccomando attivamente di aderire alla vaccinazione
- Raccomando di aderire alla vaccinazione solo se è il genitore a sollevare l'argomento
- Non ho un'opinione precisa (non la consiglio, né la sconsiglio), lascio decidere al genitore
- Suggestisco di rimandare la vaccinazione per ora
- Sconsiglio di aderire alla vaccinazione
- Non ho le competenze per dare un consiglio su questo argomento e invito a contattare un esperto

***9. Nell'affrontare le tematiche legate alla vaccinazione contro l'HPV:**

- parlo solo con il genitore
- coinvolgo se possibile anche la ragazza
- Non applicabile (il mio lavoro non prevede contatto con pazienti/utenti)

***10. Nell'affrontare le tematiche legate alla vaccinazione contro l'HPV, fornisci informazioni sui seguenti aspetti?**

	non affronto questo aspetto	affronto marginalmente questo aspetto	mi soffermo su questo aspetto	Non applicabile (il mio lavoro non prevede contatto con pazienti/utenti)
Possibili eventi avversi della vaccinazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rischio di contrarre l'HPV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modalità di trasmissione dell'HPV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benefici della vaccinazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incidenza del tumore del collo dell'utero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modalità di prevenzione del tumore del collo dell'utero attraverso il pap-test	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

***11. Quali difficoltà hai incontrato nel proporre la vaccinazione HPV?**

	non è stato un problema	è stato un problema rilevante	è stato un problema molto rilevante	Non applicabile (il mio lavoro non prevede contatto con pazienti/utenti)
Difficoltà a parlare di sessualità a pre-adolescenti o ai loro genitori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mie difficoltà personali a trattare argomenti riguardanti la sessualità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficoltà a proporre una vaccinazione contro un'infezione sessuale per pre-adolescenti non sessualmente attive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficoltà nell'affrontare questa tematica con genitori che avevano ricevuto pareri contrastanti/negativi da altri operatori sanitari	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficoltà nell'affrontare questa tematica con genitori molto scettici che avevano ricevuto pareri contrastanti/negativi da giornali, web, tv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficoltà nel proporre questa vaccinazione a genitori "contrari" alle vaccinazioni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quesiti posti dai genitori a cui non sono stato in grado di rispondere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altro (specificare)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se hai scelto "altro", specifica qui:

Informazioni sull'HPV e la sua prevenzione

***12. Ti senti informato sull'HPV (malattie correlate e vaccinazione)?**

- Sì, molto
- Sì, moderatamente
- Non molto
- Per niente

***13. Quanto hanno influito i seguenti mezzi sulla tua formazione sull'HPV e la sua prevenzione?**

	non utile	poco utile	non ho una opinione precisa	moderatamente utile	molto utile
Monografie italiane di facile e pratica consultazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Articoli scientifici nazionali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Articoli scientifici internazionali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Convegni/Incontri ad hoc sul tema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Corsi di formazione sul tema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siti web istituzionali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siti web non istituzionali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altro (specificare)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se hai scelto "altro", specifica qui:

***14. Ritieni che sarebbe utile migliorare la tua conoscenza sull'HPV e la sua prevenzione attraverso i seguenti mezzi?**

	non utile	poco utile	non ho una opinione precisa	moderatamente utile	molto utile
Monografie italiane di facile e pratica consultazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schede informative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Articoli scientifici nazionali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Articoli scientifici internazionali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Convegni/Incontri ad hoc sul tema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Corsi di formazione sul tema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informazioni chiare ed esaustive sul web di siti istituzionali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altro (specificare)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se hai scelto "altro", specifica qui:

***15. Indica se le seguenti affermazioni relative all'HPV e la sua prevenzione sono corrette:**

	Si	No	Non so
Il 15-20% delle giovani donne hanno un'infezione da HPV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'infezione da HPV è frequente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La maggior parte delle infezioni da HPV non regredisce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La vaccinazione contro l'HPV protegge dai tipi oncogeni HPV 16 e 18	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HPV 16 e 18 sono responsabili del 90% dei tumori del collo dell'utero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HPV 6 e 11 sono responsabili del 90% dei condilomi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Solo le donne possono contrarre l'infezione da HPV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La vaccinazione contro l'HPV è un'alternativa allo screening cervicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La vaccinazione è molto efficace se somministrata prima dell'avvio dei rapporti sessuali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La vaccinazione è più immunogena nelle giovani donne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il preservativo è in grado di proteggere totalmente dall'infezione da HPV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Se hai commenti, inseriscili qui:

Il questionario è completato.

Premendo il pulsante "Fine" invierai il questionario e non potrai più modificare le risposte. Se desideri modificarlo, puoi tornare indietro senza perdere le risposte inserite.

Grazie!

*Stampato da Ugo Quintily SpA
Viale Enrico Ortolani 149/151, 00125 Roma*

Roma, ottobre-dicembre 2013 (n. 4) 33° Suppl.