



**SCUOLA DI MEDICINA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASLAZIONALE**

**Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
Presidente Prof. Massimiliano Panella**

Tesi di Laurea

*“Esperienze e percezioni dei genitori rispetto alla profilassi con
nirsevimab per il virus respiratorio sinciziale: una revisione sistematica
qualitativa.”*

Relatore: **Dott.ssa Erica Busca**

Candidato: **Gaia Paindelli**

Matricola: **20021668**

Anno Accademico 2024-2025

ABSTRACT

Introduzione

Il virus respiratorio sinciziale (VRS) rappresenta una delle principali cause di infezioni acute delle vie respiratorie inferiori e di ospedalizzazione nei neonati a livello globale. L'introduzione del nirsevimab, un anticorpo monoclonale a lunga durata d'azione, offre una nuova strategia preventiva; tuttavia, il successo di questa immunoprofilassi universale è strettamente legato all'accettazione e al percepito dei genitori.

Obiettivo

L'obiettivo di questa revisione sistematica qualitativa è sintetizzare le evidenze disponibili riguardo ai fattori, intesi come barriere e facilitatori, che influenzano la decisione dei genitori di accettare o rifiutare la profilassi con nirsevimab nei neonati e nei lattanti.

Materiali e metodi

La presente revisione sistematica qualitativa è stata condotta seguendo la metodologia del Joanna Briggs Institute (JBI). La ricerca è stata effettuata su banche dati quali MEDLINE (PubMed), Scopus, CINAHL (EBSCOhost) e ProQuest, includendo studi primari qualitativi pubblicati a partire dal 2022. La qualità metodologica è stata valutata tramite la JBI Critical Appraisal Checklist e i dati sono stati sintetizzati utilizzando il modello della meta-aggregazione.

Risultati

Dall'analisi di 9 studi inclusi (2.438 partecipanti) sono emersi tre *synthesized findings*:

1. *La percezione del rischio del VRS e l'impatto sull'adesione alla profilassi con nirsevimab*: la consapevolezza della gravità del virus e le esperienze dirette traumatiche favoriscono l'adesione, mentre l'esitazione post COVID-19, la sottostima del rischio e la preferenza per strategie "naturalì" agiscono come barriere.
2. *L'adesione alla profilassi con nirsevimab è guidata dall'interazione tra conoscenze, fonti informative e benefici percepiti*: la scelta è condizionata dalla percezione dei benefici protettivi e dalla necessità di una comunicazione

trasparente e autorevole, erogata da professionisti sanitari, capace di colmare lacune conoscitive e fraintendimenti sulla natura del farmaco.

3. *I fattori contestuali legati all'introduzione e alla somministrazione di nirsevimab influenzano la decisione dei genitori: l'adesione è modulata da fattori emotivi legati all'invasività della procedura, dal timore per la novità del prodotto e dalla vulnerabilità del periodo post-partum; l'accessibilità logistica e l'integrazione nei percorsi di cura ordinari risultano invece determinanti per favorire l'accettazione.*

Discussione e conclusioni

L'accettazione del nirsevimab è un processo multidimensionale influenzato da fattori emotivi, informativi e organizzativi. Risulta fondamentale anticipare il counselling alla fase prenatale, garantire una comunicazione trasparente basata su evidenze e rafforzare il ruolo dei professionisti sanitari nel processo decisionale condiviso.

INDICE

ELENCO DELLE ABBREVIAZIONI	5
1. BACKGROUND	6
1.1 DOMANDA DI REVISIONE	11
2. METODI	11
2.1 CRITERI DI INCLUSIONE	11
2.1.1 PARTECIPANTI	11
2.1.2 FENOMENO D’INTERESSE	12
2.1.3 CONTESTO	12
2.2 TIPOLOGIE DI STUDI	13
2.3 STRATEGIA DI RICERCA	13
2.4 SELEZIONE DEGLI STUDI	14
2.5 VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ METODOLOGICA	14
2.6 ESTRAZIONE DEI DATI	14
2.7 SINTESI DEI DATI	15
3. RISULTATI	15
3.1 INCLUSIONE DEGLI STUDI	15
3.2 QUALITÀ METODOLOGICA	17
3.3 CARATTERISTICHE DEGLI STUDI INCLUSI	19
3.4 REVISIONE DEI <i>FINDINGS</i>	20
4. DISCUSSIONE	30
5. CONCLUSIONI	33
BIBLIOGRAFIA	35
ALLEGATI	47

ELENCO DELLE ABBREVIAZIONI

- CDC – Centers for Disease Control and Prevention
- DOI – Digital Object Identifier
- EMA – European Medicines Agency
- HRQoL – Health-Related Quality of Life (qualità della vita correlata alla salute)
- IMD – Index of Multiple Deprivation (indice di deprivazione multipla)
- IQR – Interquartile Range (intervallo interquartile)
- JBI – Joanna Briggs Institute
- LMIC – Low- and Middle-Income Countries (Paesi a basso e medio reddito)
- LRTI – Lower Respiratory Tract Infections (infezioni acute delle vie respiratorie inferiori)
- MeSH – Medical Subject Headings
- PCP – Primary Care Physician (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta)
- PICo – Population, Phenomenon of Interest, Context
- PQDT Global – ProQuest Dissertations and Theses Global
- PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
- RNA – Acido ribonucleico
- SmPC – Summary of Product Characteristics (Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto)
- VRS – Virus respiratorio sinciziale
- WHO – World Health Organization

1. BACKGROUND

Il virus respiratorio sinciziale (VRS) è un virus a RNA altamente contagioso che si trasmette principalmente tramite *droplet*, per contatto diretto con individui infetti o con superfici contaminate. La trasmissione può avvenire anche in assenza di sintomi, rendendo difficile il contenimento del contagio, soprattutto tra le fasce più vulnerabili (neonati, anziani e soggetti immunocompromessi) (Kaler *et al.*, 2023).

Dal punto di vista epidemiologico, il VRS è uno dei patogeni virali più comuni nell'infanzia ed è una delle principali cause di infezioni acute delle vie respiratorie inferiori (LRTI) nei bambini a livello globale (Li *et al.*, 2022; World Health Organization, 2025).

Clinicamente, l'infezione si manifesta nella maggioranza dei casi come una malattia respiratoria lieve delle alte vie aeree; tuttavia, può interessare le basse vie aeree e determinare quadri potenzialmente severi, come bronchiolite o polmonite. In particolare, il VRS è responsabile di circa il 70% dei casi di bronchiolite nei bambini sotto i due anni (Wrotek *et al.*, 2023).

Nel 2019, il VRS ha causato circa 33 milioni di episodi di LRTI, 3,6 milioni di ricoveri e circa 100.000 decessi nei bambini di età inferiore ai cinque anni; oltre il 95% dei decessi si è verificato nei Paesi a basso e medio reddito (LMIC) e quasi il 70% è avvenuto al di fuori di una struttura sanitaria (Li *et al.*, 2022). In questi Paesi si concentra anche la quasi totalità del *burden*, con oltre il 95% degli episodi di VRS e più del 97% dei decessi attribuibili al virus si verificano nei LMIC, dove l'accesso alle cure e agli interventi preventivi è più limitato (Giersing *et al.*, 2019). In tali contesti, i lattanti sotto i 6 mesi rappresentano il gruppo a rischio più elevato, con il VRS responsabile fino al 3,6% di tutti i decessi in questa fascia d'età (Li *et al.*, 2022). I lattanti sotto i sei mesi di età costituiscono il gruppo più vulnerabile, con un rischio più elevato di sviluppare complicanze (Shi *et al.*, 2017), e l'impatto clinico è particolarmente rilevante nei primi mesi di vita: i bambini sotto l'anno di età sono più frequentemente soggetti a forme severe, talvolta tali da richiedere il ricovero in terapia intensiva pediatrica (Bechini *et al.*, 2025).

La nascita pretermine e la presenza di comorbilità sono associate a degenze ospedaliere più lunghe per infezione da VRS e a tassi più elevati di trasferimento in terapia intensiva neonatale o pediatrica (Bont *et al.*, 2016).

Sebbene le manifestazioni più gravi colpiscano prevalentemente neonati prematuri o bambini con patologie cardiopolmonari croniche o immunosoppressione, è importante sottolineare che la maggior parte (circa il 90%) dei bambini ricoverati per infezioni LRTI associate al VRS non presenta comorbilità preesistenti né una storia di nascita pretermine (Shmueli *et al.*, 2021); una quota non trascurabile richiede inoltre cure intensive (Peña-López *et al.*, 2024). In linea con ciò, la Society for Maternal-Fetal Medicine evidenzia che il 66% dei lattanti colpiti non presenta condizioni sottostanti ad alto rischio, sottolineando la necessità di strategie preventive ampie. In questo quadro, il VRS rappresenta la causa più frequente di ospedalizzazione durante il primo anno di vita (Patton *et al.*, 2025).

Oltre all'impatto clinico, il VRS comporta un *burden* economico e psicosociale rilevante, con costi diretti per i sistemi sanitari e per le famiglie, incidendo in modo significativo sulla qualità della vita.

In Europa, i costi diretti per episodio nei lattanti variano da 97€ a 300€ in ambito ambulatoriale e da 399€ a 494€ includendo i costi sociali (Mao *et al.*, 2023). I costi indiretti, legati soprattutto all'assenza lavorativa dei genitori, possono rappresentare fino al 75% del costo totale, con una media di quattro giorni di assenza (Sankatsing *et al.*, 2025).

Nei casi con ricovero, è stata documentata una perdita mediana di HRQoL (*Health-Related Quality of Life*) pari a 4,7 giorni per i bambini e 3,1 giorni per i caregiver, associata a compromissione dell'alimentazione, aumento del dolore, ansia e limitazione delle attività quotidiane (Taborda *et al.*, 2026).

Il ricovero è inoltre associato a stress e ansia dei caregiver, più elevati in presenza di vulnerabilità socioeconomiche e di maggiore intensità del supporto respiratorio (Adua *et al.*, 2025). A questo *burden* si aggiungono complicanze frequenti e possibili esiti a lungo termine, che ampliano l'impatto complessivo della malattia: complicanze come l'otite media acuta nel primo anno di vita e possibili esiti a lungo termine (respiro sibilante ricorrente e asma) dovrebbero essere considerati sia nelle valutazioni di costo-efficacia sia nelle decisioni di sanità pubblica (Thomas *et al.*, 2021).

Nel 2021, pur rimanendo il VRS una delle principali cause di mortalità per infezioni respiratorie in età pediatrica, è stata osservata una riduzione significativa dei decessi, attribuita almeno in parte all'ampia adozione di misure di prevenzione non farmacologiche durante la pandemia di COVID-19, evidenziando la quota potenzialmente evitabile del *burden* da VRS, in particolare nei Paesi con basso indice sociodemografico (GBD 2021 Lower Respiratory Infections and Antimicrobial Resistance Collaborators, 2024).

La prevenzione farmacologica del VRS si è storicamente basata sul palivizumab, un anticorpo monoclonale anti-proteina F (Noor & Krilov, 2024), indicato (a partire dal 1998) nei lattanti ad alto rischio e somministrato mensilmente durante la stagione epidemica fino a cinque dosi (European Medicines Agency, 2013; Caserta *et al.*, 2023). Pur mostrando un buon profilo di sicurezza ed efficacia, il suo utilizzo è stato limitato dalla necessità di dosi ripetute e dalla complessità organizzativa (Carbonell-Estrany *et al.*, 2025). Inoltre, l'aderenza è influenzata da barriere di accesso ai servizi sanitari e da fattori sociodemografici (ad esempio, la distanza dai servizi e la giovane età materna) (Feitosa & Vieira, 2025) e varia anche in base al setting di somministrazione, risultando maggiore nei programmi domiciliari rispetto a quelli ambulatoriali (Golombek *et al.*, 2004).

Negli ultimi anni, lo sviluppo di anticorpi monoclonali a lunga durata d'azione ha reso possibile una copertura stagionale con un'unica somministrazione, ampliando le prospettive di programmi preventivi su larga scala nei lattanti.

Il nirsevimab (Beyfortus®) è un anticorpo monoclonale umano sviluppato per offrire una protezione stagionale (circa 5-6 mesi) con una singola somministrazione; grazie alla sua lunga emivita, consente un approccio preventivo praticabile su larga scala anche nei lattanti sani e non solo nei gruppi ad alto rischio (Novoa Pizarro *et al.*, 2023). La prima autorizzazione all'immissione in commercio per nirsevimab è stata rilasciata nell'Unione Europea nell'ottobre 2022 (European Medicines Agency, 2022). Successivamente, il prodotto è stato autorizzato nel Regno Unito (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency, 2022), in Canada (Health Canada, 2023) e negli Stati Uniti (Food and Drug Administration, 2023), oltre che in altri Paesi.

In parallelo, a partire dal 2023 si è affiancata la vaccinazione materna in gravidanza con il vaccino RSVpreF (Abrysvo®), somministrato tra le 32 e le 36 settimane di

gestazione e finalizzato a conferire protezione al neonato nei primi mesi di vita attraverso il trasferimento transplacentare di anticorpi (Food and Drug Administration, 2023). L'Argentina è stata tra i primi Paesi ad aver introdotto il vaccino RSVpreF in un programma nazionale di immunizzazione; tuttavia, non sono ancora disponibili dati globali completi e comparabili sull'aderenza, a causa dell'eterogeneità delle approvazioni (incluse le diverse finestre gestazionali) e della limitata disponibilità in molti Paesi a basso reddito (Pecenka *et al.*, 2024).

Nel contesto italiano, nella stagione 2024-2025 la strategia di prevenzione universale si è sviluppata attraverso programmi regionali di immunoprofilassi dei neonati e lattanti con nirsevimab. La vaccinazione materna con RSVpreF è descritta come “poco utilizzata” e con disponibilità limitata (Società Italiana di Pediatria, 2025).

Nel contesto europeo, l'Agenzia Europea per i Medicinali (European Medicines Agency, EMA) definisce indicazioni e posologia di nirsevimab nella scheda tecnica (*Summary of Product Characteristics*, SmPC), mentre i target e le modalità di offerta sono stabiliti a livello nazionale.

Nirsevimab è somministrato in un'unica dose intramuscolare (50 mg se < 5 kg; 100 mg se ≥ 5 kg) prima dell'inizio della stagione epidemica o alla nascita, se il neonato nasce durante la stagione; per la seconda stagione, nei bambini vulnerabili fino a 24 mesi, è prevista una dose di 200 mg (due iniezioni da 100 mg) prima dell'inizio del periodo epidemico (European Medicines Agency, 2022).

Le evidenze sull'efficacia di nirsevimab sono in progressivo consolidamento e risultano coerenti con i risultati dei principali trial clinici di fase 3 (MELODY) e fase 3b (HARMONIE), che documentano una riduzione significativa delle infezioni delle basse vie respiratorie e dei ricoveri associati al VRS (Orsi *et al.*, 2024). Nirsevimab rappresenta un intervento efficace nella prevenzione delle forme gravi di malattia nei lattanti, con potenziali ricadute sul carico complessivo di malattia e sui sistemi sanitari (Pecenka *et al.*, 2024). Una recente meta-analisi ha stimato un'efficacia complessiva pari all'88% nella prevenzione dei ricoveri per VRS (Riccò *et al.*, 2024), con evidenze di beneficio anche nei sottogruppi ad alto rischio, inclusi neonati e lattanti con cardiopatia congenita, malattia polmonare cronica e prematurità (Simões *et al.*, 2023). Oltre alla riduzione dei ricoveri, i dati suggeriscono benefici sul percorso assistenziale, con una riduzione delle visite ambulatoriali per infezioni respiratorie e dell'uso di

antibiotici nei neonati e nei lattanti (Drysdale *et al.*, 2023). Ulteriori studi indicano una riduzione degli accessi in pronto soccorso e dei ricoveri associati al VRS (Payne *et al.*, 2025).

Le esperienze di implementazione evidenziano l'importanza del contesto organizzativo e del *timing*; in Valle d'Aosta, ad esempio, dove è stata promossa la profilassi con nirsevimab nella stagione 2023-2024, tra i 369 bambini trattati, nessuno è stato ricoverato per bronchiolite (Consolati *et al.*, 2024); al contrario, nel Lazio, la tardiva introduzione del programma (novembre 2024) è stata associata a una riduzione dei ricoveri inferiore a quella attesa (Villani *et al.*, 2025).

I dati relativi alla stagione VRS 2023-2024 indicano che l'adesione a nirsevimab è particolarmente elevata in Europa occidentale, mentre risulta più contenuta negli Stati Uniti; in altri contesti, invece, la copertura è limitata da vincoli di disponibilità e da un'implementazione graduale influenzata dalle politiche locali (Trusinska *et al.*, 2025).

Nonostante le evidenze di efficacia e le raccomandazioni per l'offerta universale emanate dalle autorità sanitarie, il successo della prevenzione con nirsevimab dipende dall'accettazione dei genitori, determinata da conoscenze e percezioni (Langer *et al.*, 2024). Inoltre, i tassi di adesione variano in base al modello organizzativo e alle modalità di offerta: in Italia sono state descritte coperture eterogenee tra territori (Consolati *et al.*, 2024; Fortunato *et al.*, 2025). Alcune esperienze suggeriscono che l'offerta pre-dimissione, associata a procedure semplificate e a un counselling strutturato, possa favorire una maggiore copertura (Pecenka *et al.*, 2024).

Ricerchare i fattori che influenzano la decisione genitoriale di somministrare la profilassi al proprio bambino contro il VRS è fondamentale per ottimizzare le strategie atte a sostenere interventi preventivi. Ad oggi, non sussistono revisioni sistematiche qualitative che abbiano indagato il percepito dei genitori rispetto all'adesione o meno alla profilassi con nirsevimab; pertanto, la presente revisione qualitativa si è posta l'obiettivo di sintetizzare in modo sistematico le evidenze disponibili sui fattori, intesi come barriere e facilitatori, che orientano la decisione dei genitori di accettare o rifiutare la profilassi con nirsevimab nei neonati e lattanti.

1.1 DOMANDA DI REVISIONE

La domanda di ricerca che ha guidato la definizione dell'obiettivo è la seguente: quali sono i fattori (barriere e facilitatori) descritti dai genitori che influenzano la loro decisione nell'accettare o rifiutare la profilassi con nirsevimab nei neonati e lattanti?

2. METODI

La presente revisione qualitativa è stata condotta in accordo con la metodologia del Joanna Briggs Institute (JBI) per le revisioni sistematiche delle prove qualitative (Porritt *et al.*, 2024).

2.1 CRITERI DI INCLUSIONE

I criteri di inclusione sono stati sviluppati utilizzando il *framework* PICo (Partecipanti, Fenomeno d'Interesse, Contesto).

2.1.1 PARTECIPANTI

Questa revisione qualitativa ha incluso studi in cui i partecipanti erano genitori, intesi come madri, padri o tutori legali, di neonati o lattanti eleggibili alla profilassi con nirsevimab per la prevenzione dell'infezione da VRS. Sono stati considerati eleggibili sia i genitori di neonati o lattanti a cui è stata proposta la profilassi con nirsevimab indipendentemente dall'accettazione o dal rifiuto, sia i genitori che hanno effettivamente sottoposto il bambino alla profilassi.

Non sono state poste limitazioni a priori rispetto all'età, al sesso, alle caratteristiche sociodemografiche o alla condizione socioeconomica dei genitori, al fine di cogliere in modo ampio la variabilità delle esperienze e dei processi decisionali.

Non sono stati presi in considerazione gli studi condotti su donne in gravidanza candidate alla vaccinazione materna contro il VRS, in assenza di dati specifici sulle loro decisioni rispetto alla profilassi con nirsevimab per il neonato, in quanto non pertinenti al fenomeno di interesse della presente revisione.

Sono stati invece considerati eleggibili gli studi che includevano come partecipanti donne in gravidanza indagate, in qualità di future madri, rispetto all'intenzione di aderire o non aderire alla profilassi prevista per il neonato.

Infine, non sono stati inclusi studi focalizzati sull'adesione dei genitori alla somministrazione di nirsevimab in bambini nella loro seconda stagione di circolazione del VRS, per la quale il farmaco è indicato in sottogruppi fino a 24 mesi di età che rimangono vulnerabili a forme gravi di VRS, poiché la presente revisione è focalizzata sulla profilassi nella prima stagione epidemica e sui relativi percorsi decisionali dei genitori.

2.1.2 FENOMENO D'INTERESSE

Questa revisione ha considerato studi che esplorano il percepito dei genitori riguardo ai fattori, intesi come barriere e facilitatori, che influenzano la decisione di accettare o rifiutare la profilassi con nirsevimab nei neonati e lattanti.

In linea con un approccio qualitativo, sono stati inclusi studi che hanno indagato fattori relativi a:

- percezioni del rischio e della gravità dell'infezione da VRS e percezione di beneficio/eventi avversi della profilassi;
- precedenti esperienze con altre immunizzazioni/profilassi;
- bisogni informativi, comprensione delle informazioni ricevute e qualità della comunicazione ricevuta (contenuti, canali, chiarezza e *timing*);
- influenze di fattori sociali e culturali;
- fattori organizzativi e di accesso percepiti dai genitori (modalità di offerta, facilità di prenotazione, tempi, logistica, disponibilità del servizio, eventuali costi o procedure).

2.1.3 CONTESTO

Sono stati presi in considerazione studi condotti in qualsiasi contesto assistenziale (ospedaliero o territoriale) in cui la profilassi con nirsevimab è stata offerta o somministrata a neonati o lattanti eleggibili. Rientrano in questo ambito, ad esempio, i reparti di neonatologia e le unità neonatali, i servizi ambulatoriali pediatrici ospedalieri e i servizi territoriali di prevenzione e assistenza primaria.

Non sono state adottate limitazioni rispetto al Paese e al tipo di sistema sanitario dei contesti in cui gli studi sono stati condotti

2.2 TIPOLOGIE DI STUDI

Questa revisione ha considerato studi primari che utilizzano disegni di ricerca qualitativa, quali ad esempio: studi etnografici, fenomenologici, *case study*, *grounded theory*, studi qualitativi descrittivi, e studi *mixed-methods* solo se i dati relativi alle prospettive dei genitori siano stati raccolti e analizzati qualitativamente e riportati in modo distinguibile dai risultati quantitativi. Sono stati inclusi anche studi che impiegano interviste individuali, *focus group*, osservazione partecipante o altre tecniche qualitative, purché i dati siano stati analizzati con metodi di analisi qualitativa.

2.3 STRATEGIA DI RICERCA

È stata condotta una ricerca iniziale limitata a MEDLINE (PubMed) e CINAHL (EBSCOhost) per identificare articoli pertinenti all'argomento. Le parole chiave contenute nei titoli e negli abstract degli articoli rilevanti e i termini di indicizzazione utilizzati per descriverli, sono stati impiegati per sviluppare una strategia di ricerca completa su MEDLINE (PubMed), Scopus e CINAHL (EBSCOhost), con il supporto di un documentarista accademico.

La strategia di ricerca, comprensiva delle parole chiave e dei termini di indicizzazione identificati, è stata adattata a ciascuna banca dati ed eseguita il 02/01/2026.

La letteratura grigia è stata ricercata su ProQuest Dissertations and Theses Global (PQDT Global) utilizzando le seguenti parole chiave: “nirsevimab”, “parents”, “RSV”.

I riferimenti bibliografici degli studi inclusi sono stati esaminati al fine di identificare eventuali studi pertinenti; tuttavia, questo processo non ha portato all'individuazione di nuove fonti eleggibili.

Nella ricerca condotta nelle banche dati sono stati inclusi esclusivamente studi pubblicati in lingua inglese.

Sono stati inclusi studi pubblicati a partire dal 2022, anno in cui il nirsevimab è stato autorizzato per l'uso clinico nella prevenzione dell'infezione da VRS nei neonati e nei lattanti.

La strategia di ricerca completa, comprensiva delle principali banche dati e delle altre fonti consultate, è riportata nell'Allegato 1.

2.4 SELEZIONE DEGLI STUDI

Dopo la ricerca nelle banche dati, tutti gli studi identificati sono stati esportati e raccolti in un unico foglio di calcolo (Microsoft Excel, Microsoft Corporation, USA) e organizzati per titolo, autore, anno di pubblicazione e DOI. I duplicati sono stati identificati e rimossi mediante verifica manuale.

Successivamente, gli studi sono stati valutati per pertinenza sulla base di titolo ed abstract e, in caso di incertezza sull'eleggibilità, la decisione è stata discussa con un secondo revisore.

Gli studi potenzialmente rilevanti sono stati recuperati in full text e successivamente valutati rispetto ai criteri di inclusione. Anche in questa fase, in caso di dubbio sull'eleggibilità, è stato consultato un secondo revisore.

2.5 VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ METODOLOGICA

Gli studi che hanno soddisfatto i criteri di inclusione sono stati sottoposti a valutazione della qualità metodologica mediante la JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research (Lockwood *et al.*, 2015). La valutazione è stata condotta dal revisore principale attraverso l'analisi dei dieci item della checklist, relativi alla congruenza tra prospettiva filosofica e metodologica, alla coerenza tra metodologia e domanda di ricerca, ai metodi di raccolta dei dati, all'analisi e interpretazione dei risultati, alla riflessività del ricercatore, alla rappresentazione delle voci dei partecipanti e al rispetto dei criteri etici. Per ciascun item sono state attribuite le seguenti categorie di risposta: *Yes, No, Unclear*.

In caso di incertezza nella valutazione di uno o più item, è stato consultato un secondo revisore al fine di raggiungere un consenso interpretativo. In linea con le indicazioni metodologiche del JBI (Porritt *et al.*, 2024), tutti gli studi sono stati sottoposti a estrazione dei dati, indipendentemente dalla qualità metodologica.

2.6 ESTRAZIONE DEI DATI

L'estrazione dei dati ha previsto un processo a due fasi. Nella prima fase sono stati estratti dati relativi alle caratteristiche degli studi: autore e anno, Paese di conduzione,

disegno di studio, fenomeno di interesse, caratteristiche dei partecipanti, modalità di raccolta dei dati, setting e risultati principali.

Nella seconda fase sono stati estratti i *findings* degli studi inclusi, definiti come un estratto testuale dell'interpretazione dei risultati fornito dagli autori degli studi originali. Ciascun *finding* è stato accompagnato da un'illustrazione, quale una citazione diretta delle voci dei partecipanti o una sintesi degli autori.

Successivamente, ad ogni *finding* è stato assegnato un livello di credibilità, come previsto dal manuale JBI: il livello *Unequivocal* (U) è stato attribuito ai risultati che costituiscono un'evidenza oltre ogni ragionevole dubbio; il livello *Credible* (C) è stato assegnato a interpretazioni plausibili alla luce dei dati e del quadro teorico; il livello *Not Supported* (NS) è stato attribuito ai risultati non supportati dai dati o con dati insufficienti.

2.7 SINTESI DEI DATI

Durante la fase di sintesi qualitativa è stato seguito il modello della meta-aggregazione previsto dalla metodologia JBI (Porritt *et al.*, 2024). I *findings* sono stati esaminati nel loro significato e successivamente raggruppati, sulla base di omogeneità semantica, in categorie. Una categoria è definita come una breve descrizione di un concetto chiave che emerge dall'aggregazione di due o più *findings* simili, rappresentanti il fenomeno di interesse. Successivamente, le categorie individuate sono state ulteriormente aggregate in enunciati più ampi, denominati *synthesized findings*, in grado di rispondere agli obiettivi della revisione e di offrire una comprensione complessiva del fenomeno di interesse.

3. RISULTATI

3.1 INCLUSIONE DEGLI STUDI

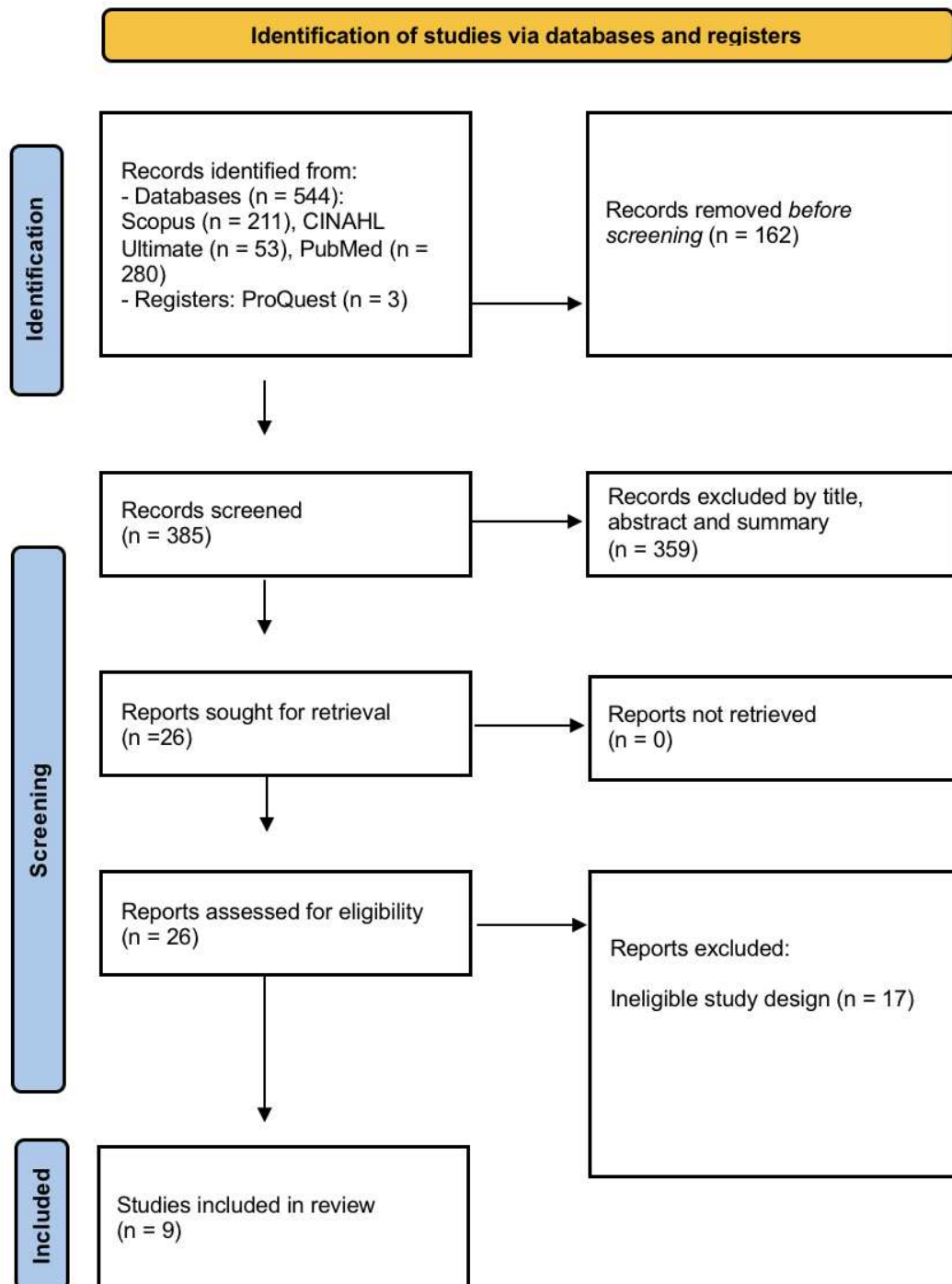
La ricerca nelle banche dati ha prodotto un totale di 547 record. I duplicati sono stati identificati e rimossi tramite verifica manuale; a seguito della deduplicazione, 385 studi sono risultati eleggibili per lo screening.

Successivamente, gli studi sono stati valutati per pertinenza sulla base di titolo e abstract e 359 sono stati esclusi. Un totale di 26 articoli è stato quindi valutato per l'inclusione mediante revisione del full text.

Dopo la lettura dei full text, sono stati esclusi 17 studi e 9 articoli sono stati inclusi nella revisione.

Il processo di selezione e le ragioni di esclusione degli studi valutati in full text sono riportati e presentati nel diagramma di flusso PRISMA 2020 (Figura 1) (Page *et al.*, 2021).

Figura 1 - Diagramma di flusso PRISMA 2020



3.2 QUALITÀ METODOLOGICA

Un totale di nove studi è stato valutato per la qualità metodologica utilizzando la JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research (Lockwood *et al.*, 2015).

In linea con gli obiettivi della revisione, nessuno studio è stato escluso a seguito della valutazione critica, poiché tutti i contributi sono stati ritenuti idonei a fornire informazioni rilevanti per la sintesi dei dati, indipendentemente dal punteggio ottenuto.

L'analisi degli item ha mostrato che tutti gli studi inclusi (100%) presentano una piena congruenza tra la metodologia dichiarata e i metodi di raccolta dati (Q3) e di analisi (Q4). Allo stesso modo, tutti gli studi hanno riportato chiaramente l'approvazione da parte di un comitato etico (Q9) e hanno presentato conclusioni basate sull'analisi e sull'interpretazione dei dati raccolti (Q10).

Nella quasi totalità degli studi inclusi (88%), le esperienze dei partecipanti sono state documentate attraverso citazioni dirette (Q8), garantendo la trasparenza necessaria alla ricerca qualitativa. L'unica eccezione è rappresentata dallo studio di Broad *et al.* (2025), in cui i dati qualitativi sono stati riportati esclusivamente in forma sintetica.

L'interpretazione dei risultati (Q5) è risultata coerente nel 66% degli studi inclusi; tale criterio è stato valutato come *Unclear* nei contributi di van Leeuwen *et al.* (2025), Gagnon *et al.* (2025) e Drislane *et al.* (2026), a causa della mancanza di dettagli sulla fase interpretativa.

Per quanto riguarda la congruenza tra metodologia e quesito di ricerca (Q2) e la riflessività del ricercatore (Q7), tali criteri sono risultati soddisfatti nel 44% degli studi. La congruenza metodologica (Q2) è stata osservata principalmente negli studi che hanno adottato approcci strutturati, quali la Grounded Theory (ad es. Somers *et al.*, 2025; Hinderstein *et al.*, 2024) o disegni qualitativi chiaramente definiti (ad es. Carlson *et al.*, 2025; Boyvat *et al.*, 2025).

La riflessività (Q7), è stata adeguatamente affrontata negli studi in cui gli autori hanno esplicitato l'influenza del proprio ruolo professionale di medici o di pediatri nella relazione con i partecipanti durante le interviste.

Infine, gli item relativi alla prospettiva teorica e al posizionamento del ricercatore hanno rappresentato le principali criticità. La congruenza tra prospettiva filosofica e metodologia (Q1) è stata esplicitata solo nel 22% degli studi, precisamente da Somers

et al. (2025) e Hinderstein *et al.* (2024); mentre il posizionamento del ricercatore (Q6) è risultato l'item meno soddisfatto (11%), essendo presente solo nel contributo di Carlson *et al.* (2025).

La valutazione della qualità metodologica degli studi inclusi è riportata in Tabella 1.

Tabella 1 – Valutazione della qualità metodologica degli studi inclusi										
Studio	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
Carlson <i>et al.</i> , 2025	U	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Broad <i>et al.</i> , 2025	U	U	Y	Y	Y	U	N	U	Y	Y
van Leeuwen <i>et al.</i> , 2025	U	U	Y	Y	U	U	Y	Y	Y	Y
Gagnon <i>et al.</i> , 2025	U	U	Y	Y	U	U	N	Y	Y	Y
Somers <i>et al.</i> , 2025	Y	Y	Y	Y	Y	U	N	Y	Y	Y
Hinderstein <i>et al.</i> , 2024	Y	Y	Y	Y	Y	U	Y	Y	Y	Y
Boyvat <i>et al.</i> , 2025	U	Y	Y	Y	Y	U	Y	Y	Y	Y
Nuzhath <i>et al.</i> , 2025	U	U	Y	Y	Y	U	N	Y	Y	Y
Drislane <i>et al.</i> , 2026	U	U	Y	Y	U	U	N	Y	Y	Y
Totale (%)	22%	44%	100%	100%	66%	11%	44%	88%	100%	100%

Legenda:

Y = *Yes*; N = *No*; U = *Unclear*.

Q1) C'è congruenza tra posizionamento filosofico/teorico dello studio e l'approccio metodologico adottato?

Q2) C'è congruenza tra metodologia e domanda/obiettivi di ricerca?

Q3) C'è congruenza tra metodologia e metodi di raccolta dati?

Q4) C'è congruenza tra metodologia e analisi e rappresentazione dei dati?

Q5) C'è congruenza tra metodologia e interpretazione dei risultati?

Q6) È presente una dichiarazione che colloca il ricercatore culturalmente o teoricamente?

Q7) È affrontata l'influenza del ricercatore sulla ricerca e viceversa?

Q8) I partecipanti e, quando appropriato, le loro "voci" sono rappresentati adeguatamente?

Q9) La ricerca è etica secondo criteri attuali e, per studi recenti, c'è evidenza di approvazione etica?

Q10) Le conclusioni discendono dall'analisi/interpretazione dei dati?

3.3 CARATTERISTICHE DEGLI STUDI INCLUSI

Gli articoli inclusi sono stati pubblicati tra il 2024 e il 2026 e condotti in cinque Paesi: Australia (Carlson *et al.* 2025; Drislane *et al.*, 2026), Regno Unito (Broad *et al.*, 2025), Paesi Bassi (van Leeuwen *et al.*, 2025), Canada (Gagnon *et al.*, 2025) e Stati Uniti (Somers *et al.*, 2025; Hinderstein *et al.*, 2024; Boyvat *et al.*, 2025; Nuzhath *et al.*, 2025).

Il disegno di studio maggiormente adottato è stato il qualitativo descrittivo (n=4) (Carlson *et al.* 2025; Boyvat *et al.*, 2025; Nuzhath *et al.*, 2025; Drislane *et al.*, 2026), seguito da studi con approccio *mixed-methods* (n=3) (Broad *et al.*, 2025; van Leeuwen *et al.*, 2025; Gagnon *et al.*, 2025), nei quali la componente qualitativa ha consentito l'estrazione dei dati rilevanti per la revisione, e da studi basati su *Grounded Theory* (n=2) (Somers *et al.*, 2025; Hinderstein *et al.*, 2024).

La raccolta dati è avvenuta principalmente tramite interviste semi-strutturate (in presenza, online o telefoniche) (van Leeuwen *et al.*, 2025; Gagnon *et al.*, 2025; Somers *et al.*, 2025; Hinderstein *et al.*, 2024; Boyvat *et al.*, 2025; Drislane *et al.*, 2026), generalmente registrate e trascritte e, in alcuni casi, integrate con note di campo. Tre studi hanno utilizzato questionari online con domande a risposta aperta (Broad *et al.*,

2025; Gagnon *et al.*, 2025; Nuzhath *et al.*, 2025), talora in combinazione con interviste individuali online. Un solo studio ha impiegato la tecnica dei *focus group* (Carlson *et al.*, 2025).

Le dimensioni campionarie dei singoli studi variavano da 9 a 53 partecipanti, mentre la numerosità campionaria aggregata complessiva di questa revisione era pari a 2.438 partecipanti.

I partecipanti erano prevalentemente donne in gravidanza o neo-madri (sia primipare che multipare), con una presenza limitata di padri. I partecipanti erano perlopiù adulti in età fertile con un intervallo di età compreso tra i 18 e i 45 anni.

I partecipanti mostravano una variabilità nel livello di istruzione raggiunta e nel profilo socioeconomico e assicurativo.

Sul piano etnico-culturale, due studi hanno incluso gruppi specifici, quali popolazioni indigene (Carlson *et al.*, 2025) o famiglie immigrate (Boyvat *et al.*, 2025); quattro studi hanno coinvolto campioni eterogenei per etnia e cultura (Somers *et al.*, 2025; Hinderstein *et al.*, 2024; Nuzhath *et al.*, 2025; Drislane *et al.*, 2026), mentre i restanti tre hanno incluso partecipanti a prevalenza caucasica (Broad *et al.*, 2025; van Leeuwen *et al.*, 2025; Gagnon *et al.*, 2025).

Quando descritte, le caratteristiche dei minori variavano in termini di età, dai primi giorni di vita fino a circa 18–19 mesi, includendo sia lattanti sani a termine (Broad *et al.*, 2025; van Leeuwen *et al.*, 2025; Gagnon *et al.*, 2025; Somers *et al.*, 2025; Hinderstein *et al.*, 2024; Boyvat *et al.*, 2025; Nuzhath *et al.*, 2025) sia neonati prematuri o in condizioni di vulnerabilità, quali patologie polmonari o cardiache croniche (Carlson *et al.*, 2025; Gagnon *et al.*, 2025; Drislane *et al.*, 2026).

Le principali caratteristiche degli studi inclusi sono riportate nell'Allegato 2.

3.4 REVISIONE DEI FINDINGS

Un totale di 70 *findings* è stato estratto dai nove articoli inclusi (Allegato 3) e combinato in 14 categorie basate sulla similarità di significato. Le categorie sono state successivamente aggregate in tre *synthesized findings*. La Tabella 2 riporta il numero di *findings* inclusi in ciascuna categoria e illustra il processo di sintesi, evidenziando il collegamento tra categorie e *synthesized findings*. L'Allegato 4 presenta ciascuna sintesi con le relative categorie e i *findings* associati.

Tabella 2 - Risultati della meta-aggregazione		
Findings sintetizzati	Categorie	Numero di findings
La percezione del rischio del VRS influenza l'adesione alla profilassi con nirsevimab	Consapevolezza del VRS	9
	Esperienze dirette di VRS	3
	Esitazione post COVID-19	5
	Strategie alternative	2
	Sottostima del rischio	2
L'adesione alla profilassi con nirsevimab è guidata dall'interazione tra conoscenze, fonti informative e benefici percepiti	Benefici attesi di nirsevimab	3
	Lacune conoscitive	8
	Contenuti dell'informazione	8
	Fonti dell'informazione	14
I fattori contestuali legati all'introduzione e alla somministrazione di nirsevimab influenzano la decisione dei genitori	Modalità di somministrazione	4
	Novità del prodotto	5
	Sfiducia istituzionale e nei produttori	2
	Timing dell'offerta	3
	Accessibilità	2

Synthesized finding 1. La percezione del rischio del VRS influenza l'adesione alla profilassi con nirsevimab

Ventuno *findings* (14 U, 7 C) sono stati combinati per formare le cinque categorie che costituiscono questo *synthesized finding*. Esso evidenzia come l'orientamento dei

genitori verso la profilassi sia influenzato dal modo in cui il VRS stesso viene percepito. In particolare, le esperienze dirette, soprattutto se percepite come traumatiche, e diversi fattori socio-culturali contribuiscono al processo decisionale, tra cui l'esitazione vaccinale post-pandemica, la propensione verso strategie di protezione "naturale" e la tendenza a normalizzare o sottostimare il rischio clinico.

Categoria. Consapevolezza del VRS

Nove *findings* (6 U, 3 C) sono stati aggregati in questa categoria, che descrive il livello di consapevolezza dei genitori rispetto alla gravità dell'infezione da VRS e alla vulnerabilità del neonato. Il VRS è percepito come una patologia potenzialmente grave, caratterizzata da un rapido peggioramento clinico. Tale percezione è rafforzata da esperienze dirette o indirette e si associa a un'elevata percezione della fragilità del bambino, che porta i genitori ad adottare comportamenti protettivi, come la limitazione dei contatti sociali e l'imposizione di rigide misure igieniche.

Questa consapevolezza agisce come un facilitatore dell'adesione alla profilassi, poiché anche sintomi inizialmente lievi, come una febbre bassa nei primi mesi di vita, sono percepiti come potenzialmente critici e generano elevati livelli di preoccupazione che rendono l'accesso al pronto soccorso una scelta obbligata.

La percezione del rischio è ulteriormente alimentata dalla conoscenza di casi gravi in ambito sociale, nonché dalla comprensione delle modalità di trasmissione, in particolare attraverso i fratelli maggiori, e delle possibili ripercussioni sulla qualità del sonno e sull'equilibrio del nucleo familiare.

"I have seen first-hand how quickly things can escalate, especially with a newborn, where it [RSV] can turn severe in an instant."

Categoria. Esperienze dirette di VRS

Questa categoria è composta dall'aggregazione di tre *findings* (3 U) ed esplora come il vissuto diretto di infezioni da VRS all'interno del nucleo familiare agisca come facilitatore dell'adesione alla profilassi.

L'esperienza della malattia contribuisce a trasformare la percezione del rischio da possibilità teorica a minaccia concreta. I genitori che hanno assistito personalmente a forme gravi di infezione di un figlio, talora associate a ospedalizzazioni prolungate,

manifestano una forte determinazione a voler prevenire l'infezione ed evitare che il nuovo nato sia esposto alle medesime condizioni.

"My middle child got RSV when he was younger and was in the hospital for 2 weeks - it was really bad. I didn't want this to happen to my newborn so that's why I got it"

Categoria. Esitazione post COVID-19

In questa categoria sono stati raggruppati cinque *findings* (2 U, 3 C), che descrivono come il clima di diffidenza sviluppatosi durante la pandemia di COVID-19 influenzi la percezione della sicurezza e la fiducia nei confronti di nirsevimab. I risultati indicano che l'esperienza vissuta con i vaccini anti-COVID ha reso alcuni genitori più scettici verso le nuove raccomandazioni sanitarie. Molte famiglie mostrano oggi una ridotta fiducia verso le autorità e maggiore propensione a decisioni autonome, talvolta in opposizione a quelle percepite come imposizioni esterne (*"don't tell me what to do"*). Questo atteggiamento è ulteriormente alimentato dal timore che anche nirsevimab possa determinare effetti collaterali imprevisti nel lungo termine.

"The fuss around the COVID vaccinations made me more sceptical. Before that, I was less doubtful about vaccines. I got all my vaccinations as a child, so I just went along with it... But during COVID, I also heard about strange side effects from vaccines. And now, it is about your baby, right?"

Categoria. Strategie alternative

In questa categoria sono stati raggruppati due *findings* (1 U, 1 C), che descrivono l'adozione di misure preventive non farmacologiche come alternativa alla profilassi con nirsevimab. I risultati evidenziano come alcune famiglie considerino l'isolamento sociale e domestico una strategia sufficiente per ridurre il rischio di infezione, limitando i contatti esterni e le visite, specialmente in presenza di altri bambini piccoli. Parallelamente, emerge una tendenza a gestire il rischio mediante un approccio olistico alla salute: alcuni genitori ritengono che il rafforzamento "naturale" del sistema immunitario, ottenuto tramite l'alimentazione, la salute intestinale e la riduzione dell'esposizione alle tossine ambientali, possa rendere non necessaria l'immunizzazione farmacologica.

“...you’re staying home...there is little contact. We’re cautious with folks, basically anti-visiting with no kids in the house or toddlers.”

Categoria. Sottostima del rischio

In questa categoria sono stati inclusi due *findings* (2 U), che descrivono la tendenza di alcuni genitori a minimizzare la gravità clinica del VRS, percependolo come un evento comune e inevitabile nel percorso di crescita del bambino.

L'infezione viene frequentemente normalizzata, soprattutto nelle famiglie con più figli, e considerata un'esposizione attesa durante la stagione invernale, con conseguente riduzione della percezione del rischio.

Di conseguenza, la profilassi farmacologica è spesso ritenuta non necessaria, manifestando una preferenza per l'acquisizione di un'immunità “naturale” attraverso l'esposizione diretta al virus.

“I sort of thought, oh yeah, [she] should probably be okay, you know and RSV is one thing she’s probably going to pick up, and she has picked up goodness knows what over the winter from all her other siblings, anyway.”

Synthesized finding 2. L’adesione alla profilassi con nirsevimab è guidata dall’interazione tra conoscenze, fonti informative e benefici percepiti

Trentatre *findings* (16 U, 17 C) sono stati raggruppati in quattro categorie per costituire questo *synthesized finding*. Esso descrive come la decisione dei genitori sia influenzata dalla percezione dei benefici protettivi del nirsevimab e dalla qualità delle informazioni ricevute. In particolare, emerge il ruolo centrale di una comunicazione trasparente, autorevole e basata su evidenze cliniche, in grado di colmare i deficit informativi e i fraintendimenti relativi alla natura del farmaco. L’adesione risulta pertanto favorita quando l’informazione è fornita da professionisti sanitari percepiti come autorevoli e affidabili.

Categoria. Benefici attesi di nirsevimab

Tre *findings* (2 U, 1 C) compongono questa categoria. Essa descrive la percezione dei genitori riguardo all’efficacia protettiva del nirsevimab e al suo ruolo nella prevenzione di forme gravi di malattia. I risultati evidenziano come l’adesione alla profilassi sia sostenuta dalla convinzione che il farmaco rappresenti una protezione

efficace (“*safety shield*”) e che sia fondamentale per potenziare il sistema immunitario del neonato, contribuendo a ridurre il rischio di esiti clinici severi.

Inoltre, la percezione di efficacia nel prevenire complicazioni gravi favorisce l’adesione alla profilassi anche tra i genitori inizialmente esitanti (*delayers*), i quali tendono a rivedere la propria decisione con l’aumentare della consapevolezza della gravità della malattia.

“It’s a safety shield for kids and to prevent having serious illnesses.”

Categoria. Lacune conoscitive

Otto *findings* (4 U, 4 C) sono stati inclusi in questa categoria, che illustra come la mancanza di informazioni accurate e la presenza di convinzioni errate rappresentino barriere rilevanti all’adesione alla profilassi con nirsevimab. L’analisi mette in luce un deficit informativo: per alcuni genitori, il momento della consulenza medica rappresenta la prima occasione di apprendimento dell’esistenza stessa del VRS e della disponibilità di una profilassi.

Inoltre, emergono significativi fraintendimenti sulla natura del farmaco, spesso erroneamente assimilato a un vaccino. Questa confusione contribuisce a trasferire sul nirsevimab timori già associati alle vaccinazioni pediatriche.

Persistono inoltre aspettative irrealistiche in termini di efficacia, con la convinzione che la profilassi debba garantire un’immunità completa; tale percezione può generare delusione qualora l’infezione non venga totalmente prevenuta. Infine, alcuni genitori faticano a distinguere tra prevenzione e trattamento, ipotizzando erroneamente che la somministrazione possa essere effettuata anche dopo l’insorgenza dei sintomi.

“if nirsevimab is a medicine ‘then can’t [babies] have it when they get RSV?’”

“Many equated efficacy with complete immunity, expecting that vaccines should entirely prevent infection.”

Categoria. Contenuti dell’informazione

In questa categoria sono stati aggregati otto *findings* (4 U, 4 C), che descrivono il bisogno dei genitori di ricevere informazioni dettagliate, trasparenti e bilanciate per giungere a una scelta consapevole. Dagli studi emerge come i genitori non si accontentano di indicazioni generiche sulla pericolosità del VRS, ma vorrebbero dati

specifici sui tassi di ospedalizzazione, confronti con altre infezioni respiratorie e spiegazioni approfondite sia sull'efficacia che sui potenziali effetti collaterali.

Emerge, inoltre, dalle parole dei genitori, una richiesta di trasparenza sui dati clinici: le famiglie desiderano poter consultare i risultati dei trial clinici per valutare autonomamente il rapporto tra rischi e benefici, rifiutando una comunicazione orientata a descrivere esclusivamente i vantaggi di nirsevimab.

“Of course, it [information on vaccination] should be accessible through the government, but I would like more information. I want the option to dive deeper, not just feel like the benefits are being heavily pushed. You know, understanding both sides: what happens if you do it, but also what if you don't? That would allow for a better choice.”

Categoria. Fonti dell'informazione

Quattordici *findings* (6 U, 8 C) sono stati inclusi in questa categoria, che descrive i canali e le figure di riferimento attraverso cui i genitori acquisiscono informazioni su nirsevimab. Dalle esperienze emerge il ruolo centrale dei professionisti sanitari: pediatri e medici di medicina generale sono percepiti come le fonti più autorevoli e affidabili in grado di influenzare positivamente l'accettazione della profilassi. Molti genitori esprimono inoltre il bisogno di ricevere il parere del medico accompagnato da materiale informativo scritto, utile per approfondire la decisione in ambito familiare. Emerge anche un ricorso frequente alle risorse digitali. Sebbene internet venga utilizzato per ricerche autonome, i genitori manifestano una certa diffidenza verso i social media, preferendo fonti istituzionali, accademiche o internazionali (ad es. CDC), percepite come imparziali.

Infine, la sfera privata svolge un ruolo rilevante: il confronto con il partner o con persone della propria rete sociale dotate di competenze sanitarie contribuisce a rafforzare la sicurezza nella decisione di aderire alla profilassi.

“Increased likelihood of acceptability... if information was provided by trusted health care professionals.”

Synthesized finding 3. I fattori contestuali legati all'introduzione e alla somministrazione di nirsevimab influenzano la decisione dei genitori

Sedici *findings* (8 U, 8 C) sono stati aggregati in cinque categorie per costituire questo *synthesized finding*. Esso descrive come la decisione dei genitori di accettare o meno la profilassi con nirsevimab sia influenzata da una combinazione di fattori contestuali, tra cui le reazioni emotive associate alla somministrazione, le percezioni di fiducia nei confronti del sistema sanitario e gli aspetti organizzativi legati all'offerta del farmaco. L'adesione può essere ostacolata dalle riserve legate all'invasività della procedura iniettiva e dal timore associato alla novità del farmaco. Inoltre, la diffidenza nei confronti dell'industria farmaceutica e delle istituzioni sanitarie rappresenta un'ulteriore barriera.

Infine, la disponibilità ad accettare la profilassi è determinata anche da fattori organizzativi, quali il momento in cui la proposta viene formulata, che dovrebbe tenere conto della vulnerabilità emotiva e fisica del periodo post-partum, e la facilità di accesso al trattamento, favorita dall'integrazione della somministrazione nei percorsi di cura ordinari.

Categoria. Modalità di somministrazione

In questa categoria sono stati aggregati quattro *findings* (3 U, 1 C), che descrivono la dimensione emotiva e le preferenze dei genitori rispetto alla modalità di somministrazione del nirsevimab. L'analisi mette in luce come la scelta tra somministrazione diretta al neonato e vaccinazione materna sia vissuta prevalentemente come una questione emotiva ("*emotional issue*").

Emerge un diffuso bisogno di proteggere il neonato dall'esperienza del dolore associata alla procedura iniettiva, percepita come un evento spiacevole nei primi giorni di vita. Di conseguenza, i genitori esprimono una preferenza per la vaccinazione materna in gravidanza, considerata una strategia meno invasiva in grado di garantire la protezione al neonato risparmiandogli un'ulteriore iniezione.

Tale orientamento risulta tuttavia condizionato dalla percezione di efficacia: la preferenza per la via materna è subordinata all'aspettativa che la protezione offerta sia equivalente a quella della somministrazione diretta.

"I think vaccinating a newborn is mainly an emotional issue; it is simply unpleasant to give an injection to such a young baby, even though I know it is not truly traumatic."

If I can receive it instead and it still provides the protection my baby needs, it feels like a less invasive option.”

Categoria. Novità del prodotto

Cinque *findings* (2 U, 3 C) sono stati aggregati in questa categoria, che descrive come la recente introduzione di nirsevimab rappresenti una barriera all'accettazione.

I risultati evidenziano una diffusa incertezza legata alla novità del prodotto, che alimenta timori sulla sua sicurezza e sul livello di evidenze disponibili.

Tale percezione porta alcuni genitori a considerare nirsevimab come insufficientemente testato e ad associarlo, in modo improprio, a una sperimentazione.

Di conseguenza, emerge una maggiore propensione verso interventi percepiti come consolidati nel tempo, rispetto a un farmaco di recente introduzione.

Inoltre, alcuni genitori esprimono il desiderio di posticipare la somministrazione per osservare gli effetti del farmaco su altri bambini, riflettendo preoccupazioni legate alla mancanza di dati sugli effetti a lungo termine.

“I know [nirsevimab] is new and it's just introduced. I didn't want to put her in trial... So I was very comfortable with the immunisations that has been there for so many years.... But for something new, [there's] the fear of the unknown.”

Categoria. Sfiducia istituzionale e nei produttori

Due *findings* (1 U, 1 C) sono stati inclusi in questa categoria, che descrive come la sfiducia nei confronti dell'industria farmaceutica rappresenti una barriera all'accettazione di nirsevimab. I risultati indicano che l'esitazione dei genitori è data dalla percezione di una limitata responsabilità legale dei produttori in caso di eventi avversi, fattore che compromette la credibilità del farmaco.

Tale orientamento non si limita alle aziende farmaceutiche, ma si estende anche alle istituzioni governative e, più in generale, al sistema sanitario, contribuendo al rifiuto delle proposte di immunizzazione.

“I don't trust vaccine companies, especially since they take no liability for their products.”

Categoria. Timing dell'offerta

In questa categoria sono stati aggregati tre *findings* (2 U, 1 C), che descrivono come il momento in cui viene proposta l'immunizzazione influenzale la decisione dei genitori. Essi mettono in luce come i primi giorni successivi alla nascita siano vissuti come un "rollercoaster" emotivo e fisico; in questa fase di estrema vulnerabilità, l'introduzione di ulteriori decisioni mediche può risultare opprimente.

Inoltre, lo stato di affaticamento e la sonnolenza tipici del post-partum possono compromettere il livello di attenzione, portando i genitori a ricevere le informazioni in modo passivo o a non approfondire i contenuti. Di conseguenza, emerge la necessità di disporre di tempi più distesi, con una preferenza per un percorso informativo che inizi già durante la fase prenatale.

“I think in those first days, you are already on a rollercoaster, just trying to process everything. [...] If another thing were added on top of that, I think I would have found it quite overwhelming during my postpartum week.”

Categoria. Accessibilità

Due *findings* (2 C) sono stati aggregati in questa categoria, che evidenziano come la disponibilità del farmaco e la facilità di accesso ai servizi rappresentino fattori determinanti per l'adesione alla profilassi. L'intenzione dei genitori di immunizzare il neonato risulta strettamente legata alla disponibilità concreta del trattamento nel momento in cui viene proposto.

Inoltre, emerge come la probabilità di accettazione aumenti in presenza di una facilitazione logistica: i genitori esprimono una preferenza per la somministrazione di nirsevimab all'interno dei percorsi di cura pediatrici di routine o presso le farmacie, valorizzando la comodità e l'integrazione del trattamento nel percorso assistenziale abituale.

“Increased likelihood of acceptability of both a maternal vaccine or infant monoclonal antibody included ease of access to the product (preference to be given as part of routine care or in pharmacies)”

4. DISCUSSIONE

La presente revisione sistematica qualitativa è stata condotta con l'obiettivo di esplorare e sintetizzare in modo rigoroso le esperienze e le percezioni dei genitori in merito all'adesione alla profilassi con nirsevimab.

Attraverso l'analisi di nove studi condotti tra il 2024 e il 2026, è stato possibile evidenziare la complessità dei processi decisionali genitoriali di fronte a un intervento preventivo di recente introduzione. La sintesi dei dati ha portato all'identificazione di tre *synthesized findings* principali, che sottendono i fattori facilitanti e le barriere all'accettazione della profilassi.

Nel primo *synthesized finding*, emerge come l'esperienza individuale modelli la percezione del VRS. La consapevolezza della gravità della malattia rappresenta un importante determinante dell'adesione, specialmente quando è radicata in esperienze dirette percepite come traumatiche. Questo risultato è coerente con la letteratura, che indica come la percezione della gravità dei sintomi sia tra i principali predittori dell'intenzione di aderire a interventi preventivi; inoltre, le esperienze pregresse influenzano i processi decisionali, portando a una maggiore propensione alla vaccinazione quando il rischio viene percepito come concreto (Caserotti *et al.*, 2021). Relativamente alla parità, i risultati si discostano dalla letteratura, che individua nei genitori multipari i soggetti più inclini all'esitazione (Wilson *et al.*, 2015). Al contrario, nella presente revisione, l'esperienza di un precedente figlio affetto da VRS rappresenta un facilitatore dell'adesione, poiché trasforma la percezione del rischio da astratta a concreta, rafforzando la determinazione a proteggere il neonato.

Tuttavia, il clima in cui avviene questa scelta è oggi fortemente influenzato dall'eredità della pandemia. Molti genitori manifestano un accresciuto scetticismo verso le nuove raccomandazioni sanitarie, temendo effetti collaterali imprevisti e rivendicando una maggiore autonomia decisionale rispetto a quelle che percepiscono come imposizioni esterne. Questo fenomeno è supportato dalla letteratura: le politiche vaccinali durante il COVID-19, spesso percepite come poco trasparenti o imposte in condizioni di emergenza, hanno eroso la fiducia nelle istituzioni (Bardosh *et al.*, 2022).

In questo scenario, alcune famiglie optano per misure preventive non farmacologiche, come l'isolamento sociale o approcci orientati al rafforzamento del sistema immunitario tramite una nutrizione mirata e il mantenimento della salute intestinale,

ritenendo la profilassi non necessaria. La letteratura conferma che la preferenza per strategie considerate “naturali” rappresenta un determinante rilevante dell’esitazione vaccinale (WHO SAGE, 2014).

Infine, persiste una tendenza a normalizzare il VRS come un evento inevitabile del percorso di crescita, riducendo la percezione del rischio; in letteratura è stato infatti descritto che una bassa percezione della gravità della malattia porta a ritenere la vaccinazione una misura preventiva non necessaria (Betsch *et al.*, 2018).

Nel secondo *synthesized finding*, emerge come la decisione di aderire alla profilassi sia influenzata dalla percezione dei benefici del nirsevimab. In particolare, l’adesione risulta favorita quando il farmaco è percepito come efficace nel prevenire forme gravi di malattia. Questo dato è coerente con la letteratura, che indica come la percezione dei benefici rappresenti uno dei principali predittori dell’accettazione dell’immunizzazione (Lee & You, 2022).

Nonostante ciò, persistono barriere informative rilevanti, tra cui la confusione tra nirsevimab e i vaccini tradizionali e l’errata convinzione che il farmaco possa essere somministrato dopo l’insorgenza dei sintomi. La letteratura sottolinea come livelli di conoscenza limitati e disomogenei favoriscano fraintendimenti sulla natura e sulla finalità preventiva degli interventi (Esposito *et al.*, 2025).

I genitori richiedono pertanto una comunicazione trasparente, basata su dati clinici e comprensiva anche dei potenziali rischi. Questo bisogno di evidenze è confermato dallo studio di Petersen *et al.* (2021): una comunicazione chiara ed efficace rappresenta un elemento chiave per ridurre le esitazioni e costruire fiducia (Petersen *et al.*, 2021).

In questo processo, i professionisti sanitari si confermano come la principale fonte di fiducia, sebbene emerga un crescente ricorso a fonti digitali istituzionali per approfondimenti autonomi. La letteratura conferma che la raccomandazione del professionista sanitario rappresenta il fattore più influente nelle decisioni dei genitori (Nowak *et al.*, 2021).

Nel terzo *synthesized finding* emergono aspetti legati a fattori contestuali che influenzano la decisione dei genitori. In particolare, l’accettazione della profilassi può essere influenzata dal desiderio di evitare al neonato il dolore associato alla somministrazione intramuscolare, preferendo, laddove disponibile, la vaccinazione materna durante la gravidanza. Questo aspetto è coerente con la letteratura, che

evidenza come il dolore procedurale nei neonati rappresenti una fonte significativa di stress per i genitori, i quali tendono a ricercare strategie in grado di ridurlo o evitarlo (Taddio *et al.*, 2019).

Un limite significativo all'accettazione risiede nella recente introduzione del nirsevimab, che genera incertezza legata alla percezione di un farmaco non ancora consolidato nella pratica. Studi precedenti associano lo scetticismo verso nuovi prodotti alla percezione di insufficienti evidenze sulla sicurezza a lungo termine (Gorman *et al.*, 2021).

Tale diffidenza è ulteriormente alimentata dalla sfiducia nei confronti delle aziende farmaceutiche e, più in generale, delle istituzioni sanitarie. Questo dubbio indebolisce la fiducia nel sistema sanitario, talvolta percepito come influenzato dagli interessi dell'industria farmaceutica. Con riferimento alla pandemia di COVID-19, la letteratura conferma che la percezione di scarsa trasparenza dei processi decisionali ha contribuito a minare il rapporto di fiducia tra cittadini e autorità (Bardosh *et al.*, 2022).

Il *timing* della proposta rappresenta un ulteriore elemento critico: i primi giorni post-partum sono caratterizzati da vulnerabilità emotiva e affaticamento, che possono ostacolare un processo decisionale consapevole. Studi suggeriscono pertanto di anticipare il colloquio informativo alla fase prenatale (Grant *et al.*, 2016).

Infine, l'accessibilità emerge come un importante facilitatore: la possibilità di ricevere la profilassi all'interno di percorsi assistenziali già frequentati favorisce l'adesione.

Questo dato è coerente con le raccomandazioni internazionali che promuovono modelli organizzativi centrati sull'accessibilità dei servizi, attraverso reti territoriali, al fine di garantire un'offerta preventiva centrata sui bisogni del nucleo familiare (WHO & European Commission, 2019).

Nonostante l'applicazione della metodologia JBI per le revisioni sistematiche qualitative, il presente lavoro presenta alcuni limiti che devono essere considerati nell'interpretazione dei risultati.

In primo luogo, un limite metodologico riguarda il fatto che il processo di selezione degli studi e di estrazione dei dati è stato condotto da un unico revisore. Tuttavia, per mitigare questa carenza e garantire l'affidabilità del processo, è stato adottato un confronto continuo con un supervisore esperto in ricerca qualitativa.

Le incertezze relative all'eleggibilità degli articoli o alla classificazione dei *findings* sono state discusse collegialmente, permettendo di raggiungere un consenso interpretativo e di assicurare la fedeltà della sintesi ai dati originali.

Un secondo limite riguarda la trasferibilità dei risultati. Tutti i nove studi inclusi sono stati condotti in Paesi ad alto reddito (Australia, Regno Unito, Paesi Bassi, Canada e Stati Uniti); di conseguenza, le barriere e i facilitatori emersi potrebbero non riflettere le realtà dei Paesi a basso e medio reddito (LMIC), dove il *burden* del VRS è elevato e l'accesso alle cure è condizionato da diverse sfide logistiche ed economiche (Li *et al.*, 2022).

Inoltre, va considerato il limite temporale legato alla novità del fenomeno. Essendo il nirsevimab un farmaco di recente approvazione (dal 2022), la letteratura disponibile si riferisce prevalentemente a una fase di iniziale implementazione. Di conseguenza, le percezioni dei genitori potrebbero essere influenzate dall'incertezza legata alla novità del prodotto e potrebbero evolversi con il consolidarsi della pratica clinica.

Infine, la scelta di includere esclusivamente studi pubblicati in lingua inglese rappresenta un ulteriore limite metodologico.

5. CONCLUSIONI

La presente revisione sistematica qualitativa ha consentito di delineare un quadro articolato dei fattori che guidano le decisioni dei genitori nei confronti dell'immunoprofilassi con nirsevimab, evidenziando come l'adesione sia il risultato di un processo decisionale multidimensionale.

Dal punto di vista della pratica clinica, emerge la necessità di sviluppare strategie di comunicazione più efficaci, basate su trasparenza e personalizzazione dell'informazione. I professionisti sanitari, in quanto principali referenti fiduciari, svolgono un ruolo centrale nel supportare i genitori e dovrebbero essere adeguatamente formati per affrontare dubbi e bisogni informativi, promuovendo un processo decisionale condiviso.

Risulta inoltre fondamentale anticipare il *counselling* alla fase prenatale e integrare l'offerta della profilassi all'interno di percorsi assistenziali strutturati, al fine di migliorarne l'accessibilità. In quest'ottica, il coinvolgimento attivo dei familiari

rappresenta un elemento chiave per favorire un'adesione consapevole agli interventi preventivi.

Dal punto di vista della ricerca, i risultati sottolineano la necessità di ulteriori studi, in particolare in contesti a basso e medio reddito, per identificare eventuali differenze nei determinanti dell'adesione.

Infine, futuri studi dovrebbero approfondire l'efficacia delle strategie comunicative per ridurre la confusione tra prevenzione e terapia e tra vaccini e anticorpi monoclonali, migliorando la comprensione dell'immunoprofilassi nei genitori e includendo anche la prospettiva paterna, ad oggi ancora poco esplorata.

BIBLIOGRAFIA

- Adua, L., Ampofo, K., Heller, E., Gesteland, P., Loveridge, A., Werdan, K., Miller, K., Platt-Koch, A., Ruggieri, M., Finelli, L., & Choi, Y. (2025). Caregiver psychological burden of RSV Hospitalization of children 2 years of age and under. *PloS One*, 20(10), e0334405.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0334405>
- Assad, Z., Romain, A.-S., Aupiais, C., Shum, M., Schrimpf, C., Lorrot, M., Corvol, H., Prevost, B., Ferrandiz, C., Giolito, A., Valtuille, Z., Bendavid, M., Cohen, J. F., Toubiana, J., de Pontual, L., Delande, C. F., Levy, M., See, P., Cohen, R., ... Ouldali, N. (2024). Nirsevimab and Hospitalization for RSV Bronchiolitis. *The New England Journal of Medicine*, 391(2), 144–154.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2314885>
- Bardosh, K., De Figueiredo, A., Gur-Arie, R., Jamrozik, E., Doidge, J., Lemmens, T., Keshavjee, S., Graham, J. E. e Baral, S. (2022) ‘The unintended consequences of COVID-19 vaccine policy: why mandates, passports and restrictions may cause more harm than good’, *BMJ Global Health*, 7(5), p. e008684
- Bechini, A., Salvati, C., Bonito, B., Del Riccio, M., Stancanelli, E., Bruschi, M., Ionita, G., Iamarino, J., Bentivegna, D., Buscemi, P., Ciardi, G., Cosma, C., Stacchini, L., Paoli, S., Conticello, C., Bega, M., Schirripa, A., Bertizzolo, L., Muzii, B., ... Boccalini, S. (2025). Respiratory Syncytial Virus associated hospitalisations in children up to 6 years of age in Italy: a systematic review. *Annali Di Igiene : Medicina Preventiva e Di Comunita*, 37(2), 241–254.
<https://doi.org/10.7416/ai.2024.2664>
- Betsch, C., Schmid, P., Heinemeier, D., Korn, L., Holtmann, C. e Böhm, R. (2018) ‘Beyond confidence: development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination’, *PLOS ONE*, 13(12), p. e0208601
- Boyvat, S.F., Hinderstein, S., Aragona, E. e Loyal, J. (2025) 'Perspectives of Spanish-Speaking Families on RSV Immunoprophylaxis for Healthy Newborns', *Journal of Immigrant and Minority Health*, 27, pp. 1009–1017. doi: 10.1007/s10903-025-01742-6.

- Bont, L., Checchia, P. A., Fauroux, B., Figueras-Aloy, J., Manzoni, P., Paes, B., Simões, E. A. F., & Carbonell-Estrany, X. (2016). Defining the Epidemiology and Burden of Severe Respiratory Syncytial Virus Infection Among Infants and Children in Western Countries. *Infectious Diseases and Therapy*, 5(3), 271–298. <https://doi.org/10.1007/s40121-016-0123-0>
- Broad, J., Letley, L., Adair, G., Walker, J., Benzaken, T., Saliba, V., Ramsay, M.E., Watson, C.H. and Campbell, H. (2025) An England-wide survey on attitudes towards antenatal and infant immunisation against respiratory syncytial virus amongst pregnant and post-partum women. *Vaccine*, 62, 127482. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2025.127482>
- Carbonell-Estrany, X., Simões, E. A. F., Bont, L., Manzoni, P., Zar, H. J., Greenough, A., Ramilo, O., Stein, R., Law, B., Mejias, A., Sanchez Luna, M., Checchia, P. A., Krilov, L., Lanari, M., Dagan, R., Fauroux, B., Resch, B., Heikkinen, T., Domachowske, J. B., ... Paes, B. (2025). Twenty-five years of palivizumab: a global historic review of its impact on the burden of respiratory syncytial virus disease in children. *Expert Review of Anti-Infective Therapy*, 23(6), 359–378. <https://doi.org/10.1080/14787210.2025.2481908>
- Carlson, S.J., Holland, C., Swift, V., Hughes, C., Richmond, P. and Moore, H.C. (2025) “‘We’ve wanted to vaccinate against it and now we can’”: views of respiratory syncytial virus disease and immunisation held by caregivers of Aboriginal children in Perth, Western Australia’, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. [doi:10.1016/j.anzjph.2024.100216](https://doi.org/10.1016/j.anzjph.2024.100216).
- Caserotti, M., Girardi, P., Rubaltelli, E., Tasso, A., Lotto, L. e Gavaruzzi, T. (2021) ‘Associations of COVID-19 risk perception with vaccine hesitancy over time for Italian residents’, *Social Science & Medicine*, 272, p. 113688
- Caserta, M. T., O’Leary, S. T., Munoz, F. M., Ralston, S. L., & COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES. (2023). Palivizumab Prophylaxis in Infants and Young Children at Increased Risk of Hospitalization for Respiratory Syncytial Virus Infection. *Pediatrics*, 152(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2023-061803>
- Consolati, A., Farinelli, M., Serravalle, P., Rollandin, C., Apprato, L., Esposito, S., & Bongiorno, S. (2024). Safety and Efficacy of Nirsevimab in a Universal Prevention Program of Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis in Newborns

- and Infants in the First Year of Life in the Valle d'Aosta Region, Italy, in the 2023-2024 Epidemic Season. *Vaccines*, 12(5).
<https://doi.org/10.3390/vaccines12050549>
- Couto, P., Campbell, H., Li, Y., Rondy, M., Leite, J., Rodriguez, A., Mendez-Rico, J., Nogareda, F., Jara, J., Sarinet Plus Network, Vicari, A., & Nair, H. (2025). Implications of respiratory syncytial virus seasonality for the timing of passive immunisation scenarios in Latin America and the caribbean - a cross-sectional modelling study. *Vaccine*, 68, 127934.
<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2025.127934>
- Deng, S., Cong, B., Edgoose, M., De Wit, F., Nair, H., & Li, Y. (2024). Risk factors for respiratory syncytial virus-associated acute lower respiratory infection in children under 5 years: An updated systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases : IJID : Official Publication of the International Society for Infectious Diseases*, 146, 107125.
<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2024.107125>
- Drislane, S, Moore, H & Attwell, K 2026, 'Understanding parental decisions to decline or delay infant RSV immunisation, nirsevimab, in Western Australia in 2024', *Vaccine*, vol. 72, 128133. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2025.128133>
- Drysdale, S. B., Cathie, K., Flamein, F., Knuf, M., Collins, A. M., Hill, H. C., Kaiser, F., Cohen, R., Pinquier, D., Felter, C. T., Vassilouthis, N. C., Jin, J., Bangert, M., Mari, K., Nteene, R., Wague, S., Roberts, M., Tissières, P., Royal, S., ... HARMONIE Study Group. (2023). Nirsevimab for Prevention of Hospitalizations Due to RSV in Infants. *The New England Journal of Medicine*, 389(26), 2425–2435. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2309189>
- Esposito, S., Fainardi, V., Capra, M. E., Aricò, M., Lanzoni, A., Campana, B. R., Niceforo, M., Neglia, C., Valletta, E., Biasucci, G., & Perrone, S. (2025). Acceptance of Nirsevimab for the Prevention of Respiratory Syncytial Virus Infection in Neonates: A Cross-Sectional Survey in Emilia-Romagna, Italy. *Vaccines*, 13(9). <https://doi.org/10.3390/vaccines13090896>
- European Commission and World Health Organization (2019) Ten actions towards vaccination for all. Bruxelles: Joint Vaccination Summit.

- European Medicines Agency (2013) Synagis: EPAR – Summary for the public. London: European Medicines Agency.
- European Medicines Agency (2022) Beyfortus (nirsevimab): Summary of Product Characteristics. Amsterdam: European Medicines Agency.
- Feitosa, D. C., & Vieira, S. E. (2025). Challenges in the prophylaxis of severe respiratory syncytial virus infections. *Jornal de Pediatria*, *101*(5), 101405. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2025.04.003>
- Fischer, L., Okanmelu, E., & Theurich, M. A. (2025). Call to include breastfeeding as a synergistic approach to vaccines for prevention of respiratory syncytial virus disease. *International Breastfeeding Journal*, *20*(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s13006-025-00705-9>
- Fleming-Dutra, K. E., Jones, J. M., Roper, L. E., Prill, M. M., Ortega-Sanchez, I. R., Moulia, D. L., Wallace, M., Godfrey, M., Broder, K. R., Tepper, N. K., Brooks, O., Sánchez, P. J., Kotton, C. N., Mahon, B. E., Long, S. S., & McMorro, M. L. (2023). Use of the Pfizer Respiratory Syncytial Virus Vaccine During Pregnancy for the Prevention of Respiratory Syncytial Virus-Associated Lower Respiratory Tract Disease in Infants: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, 2023. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, *72*(41), 1115–1122. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7241e1>
- Food and Drug Administration (FDA) (2023) FDA approves first vaccine for pregnant individuals to prevent RSV in infants. Silver Spring (MD): U.S. Food and Drug Administration.
- Fortunato, F., Prato, R., Acquafredda, A., Campanozzi, A., Carri, V. D., Francavilla, R., Iannelli, G., Liberatore, P., Maffei, G., Mariano, M., Micelli, L., Nesta, M., Pastore, M. R., Calvo, A., Rinaldi, M., Lopalco, P. L., & Martinelli, D. (2025). Real-World Effectiveness of Nirsevimab in Preventing RSV Hospitalizations: Evidence of Protection in Southern Italian Infants, 2024-2025. *Journal of Medical Virology*, *97*(11), e70662. <https://doi.org/10.1002/jmv.70662>
- Fourati, S., Reslan, A., Bourret, J., Casalegno, J.-S., Rahou, Y., Chollet, L., Pillet, S., Tremeaux, P., Dossou, N. C., Gault, E., Salmona, M., Imbert-Marcille, B.-M., Mirand, A., Larrat, S., Moisan, A., Marot, S., Schnuriger, A., Veyrenche, N.,

- Engelmann, I., ... POLYRES investigators. (2025). Genotypic and phenotypic characterisation of respiratory syncytial virus after nirsevimab breakthrough infections: a large, multicentre, observational, real-world study. *The Lancet. Infectious Diseases*, 25(3), 301–311. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(24\)00570-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00570-X)
- Gagnon, D., Gubany, C., Ouakki, M., Malo, B., Paquette, M., Brousseau, N., Papenburg, J. and Dubé, E. (2025) 'Factors influencing acceptance of RSV immunization for newborns among pregnant individuals: A mixed-methods study', *Vaccine*, 55, 127062. doi: 10.1016/j.vaccine.2025.127062.
- GBD 2021 Lower Respiratory Infections and Antimicrobial Resistance Collaborators. (2024). Global, regional, and national incidence and mortality burden of non-COVID-19 lower respiratory infections and aetiologies, 1990–2021: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet. Infectious Diseases*, 24(9), 974–1002. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(24\)00176-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00176-2)
- Giersing, B. K., Karron, R. A., Vekemans, J., Kaslow, D. C., & Moorthy, V. S. (2019). Meeting report: WHO consultation on Respiratory Syncytial Virus (RSV) vaccine development, Geneva, 25–26 April 2016. *Vaccine*, 37(50), 7355–7362. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.02.068>
- Golombek, S. G., Berning, F., & Lagamma, E. F. (2004). Compliance with prophylaxis for respiratory syncytial virus infection in a home setting. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 23(4), 318–322. <https://doi.org/10.1097/00006454-200404000-00008>
- Gorman, J. M., Scales, D. A. e Gorman, S. E. (2021) 'Expert opinion in mental disorder: Why is acceptance of the COVID-19 vaccines so problematic?', *Personalized Medicine in Psychiatry*, 25, p. 100072
- Grant, C. C., Goodyear-Smith, F., Petousis-Harris, H., Meissel, K., Kellett, S., Radke, A., Hoey, T. e Turner, N. (2016) 'Antenatal immunisation intentions of expectant parents: Relationship to immunisation timeliness during infancy', *Vaccine*, 34(11), pp. 1379–1388.
- Hak, S. F., Sankatsing, V. D. V, Wildenbeest, J. G., Venekamp, R. P., Casini, B., Rizzo, C., Bangert, M., Van Brusselen, D., Button, E., Garcés-Sánchez, M.,

- Vera, C. G., Kramer, R., de Lusignan, S., Raes, M., Meijer, A., Paget, J., van Summeren, J., & RSV ComNet Network. (2025). Burden of RSV infections among young children in primary care: a prospective cohort study in five European countries (2021-23). *The Lancet. Respiratory Medicine*, *13*(2), 153–165. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(24\)00367-9](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(24)00367-9)
- Hinderstein, S., Aragona, E., & Loyal, J. (2024). Parent Perspectives on Nirsevimab for Their Newborn. *Pediatrics*, *154*(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2024-067532>
- Kaler, J., Hussain, A., Patel, K., Hernandez, T., & Ray, S. (2023). Respiratory Syncytial Virus: A Comprehensive Review of Transmission, Pathophysiology, and Manifestation. *Cureus*, *15*(3), e36342. <https://doi.org/10.7759/cureus.36342>
- Lee, M. e You, M. (2022) ‘Direct and Indirect Associations of Media Use With COVID-19 Vaccine Hesitancy in South Korea: Cross-sectional Web-Based Survey’, *Journal of Medical Internet Research*, *24*(1), p. e32329
- Li, Y., Wang, X., Blau, D. M., Caballero, M. T., Feikin, D. R., Gill, C. J., Madhi, S. A., Omer, S. B., Simões, E. A. F., Campbell, H., Pariente, A. B., Bardach, D., Bassat, Q., Casalegno, J.-S., Chakhunashvili, G., Crawford, N., Danilenko, D., Do, L. A. H., Echavarria, M., ... RESCEU investigators. (2022). Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in children younger than 5 years in 2019: a systematic analysis. *Lancet (London, England)*, *399*(10340), 2047–2064. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00478-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00478-0)
- Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;*13*(3):179–187
- López-Lacort, M., Muñoz-Quiles, C., Mira-Iglesias, A., López-Labrador, F. X., Mengual-Chuliá, B., Fernández-García, C., Carballido-Fernández, M., Pineda-Caplliure, A., Mollar-Maseres, J., Shalabi Benavent, M., Sanz-Herrero, F., Zornoza-Moreno, M., Pérez-Martín, J. J., Alfayate-Miguel, S., Pérez Crespo, R., Bastida Sánchez, E., Menasalvas-Ruiz, A. I., Téllez-González, M. C., Esquivia Soto, S., ... Orrico-Sánchez, A. (2024). Early estimates of nirsevimab immunoprophylaxis effectiveness against hospital admission for respiratory

- syncytial virus lower respiratory tract infections in infants, Spain, October 2023 to January 2024. *Euro Surveill* : *Bulletin Europeen Sur Les Maladies Transmissibles = European Communicable Disease Bulletin*, 29(6).
<https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.6.2400046>
- MacDonald, N. E. e SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy (2015) ‘Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants’, *Vaccine*, 33(34), pp. 4161–4164
- Mao, Z., Li, X., Dacosta-Urbieto, A., Billard, M.-N., Wildenbeest, J., Korsten, K., Martín-Torres, F., Heikkinen, T., Cunningham, S., Snape, M. D., Robinson, H., Pollard, A. J., Postma, M., Dervaux, B., Hens, N., Bont, L., Bilcke, J., Beutels, P., & for RESCEU investigators. (2023). Economic burden and health-related quality-of-life among infants with respiratory syncytial virus infection: A multi-country prospective cohort study in Europe. *Vaccine*, 41(16), 2707–2715.
<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2023.03.024>
- Mazur, N. I., Caballero, M. T., & Nunes, M. C. (2024). Severe respiratory syncytial virus infection in children: burden, management, and emerging therapies. *Lancet (London, England)*, 404(10458), 1143–1156.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01716-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01716-1)
- Mercier, É., Fullerton, J. R., Paes, B. A., Keary, I. P., Rodgers-Gray, B. S., Thampi, N., & Delatolla, R. (2025). Cost-effectiveness of wastewater and environmental monitoring of respiratory syncytial virus to guide universal infant immunoprophylaxis in Canada. *Journal of Medical Economics*, 28(1), 354–362.
<https://doi.org/10.1080/13696998.2025.2473810>
- Moulia, D. L., Link-Gelles, R., Chu, H. Y., Jamieson, D., Brooks, O., Meyer, S., Weintraub, E. S., Shay, D. K., Prill, M. M., Thomas, E. S., Hutton, D., Ortega-Sanchez, I. R., MacNeil, A., McMorro, M. L., & Jones, J. M. (2025). Use of Clesrovimab for Prevention of Severe Respiratory Syncytial Virus-Associated Lower Respiratory Tract Infections in Infants: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, 2025. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 74(32), 508–514.
<https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7432a3>
- Nobili, C., Riccò, M., Piglia, G., & Manzoni, P. (2025). Impact of Climate Change and Air Pollution on Bronchiolitis: A Narrative Review Bridging Environmental

- and Clinical Insights. *Pathogens (Basel, Switzerland)*, 14(7).
<https://doi.org/10.3390/pathogens14070690>
- Noor, A., & Krilov, L. R. (2024). A Historical Perspective on Respiratory Syncytial Virus Prevention: A Journey Spanning Over Half a Century From the Setback of an Inactive Vaccine Candidate to the Success of Passive Immunization Strategy. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*, 13(Supplement_2), S103–S109. <https://doi.org/10.1093/jpids/piae027>
- Novoa Pizarro, J. M., Lindemann Tappert, B. C., Luchsinger Fariás, V. R., & Vargas Munita, S. L. (2023). [Prevention of respiratory syncytial virus infection in infants. What has been done and where are we today?]. *Andes Pediatría : Revista Chilena de Pediatría*, 94(6), 672–680.
<https://doi.org/10.32641/andespediatr.v94i6.4861>
- Nowak, S.A., Gidengil, C.A., Parker, A.M. e Matthews, L.J. (2021) ‘Association among trust in health care providers, friends, and family, and vaccine hesitancy’, *Vaccine*, 39(40), pp. 5737–5740
- Nuzhath, T., Khobragade, N., Regan, A. K., Pinkney, J. A., Wise, L. e Callaghan, T. (2025) 'Pregnant women’s perceptions of RSVpreF vaccine and Nirsevimab for infant RSV prevention', *Vaccine*, 62, 127590. Disponibile all'indirizzo:
<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2025.127590>.
- Orsi, A., Scarpaleggia, M., Baldo, V., Barbone, F., Chironna, M., Giuffrida, S., Montomoli, E., Pariani, E., Rizzo, C., Panatto, D., & Icardi, G. (2024). First real-world data on universal respiratory syncytial virus prophylaxis with Nirsevimab in infants. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 65(2), E172–E187. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2024.65.2.3329>
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., Stewart, L.A., Thomas, J., Tricco, A.C., Welch, V.A., Whiting, P. and Moher, D. (2021) 'The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews', *BMJ*, 372(n71). doi: 10.1136/bmj.n71.

- Patton, M. E., Moline, H. L., Whitaker, M., Tannis, A., Pham, H., Toepfer, A. P., Taylor, C. A., Goldstein, L., Reingold, A., Kirley, P. D., Alden, N. B., Kawasaki, B., Meek, J., Kim, D., Witt, L. S., Openo, K. P., Ryan, P. A., Mumm, E., Lynfield, R., ... Dawood, F. S. (2025). Interim Evaluation of Respiratory Syncytial Virus Hospitalization Rates Among Infants and Young Children After Introduction of Respiratory Syncytial Virus Prevention Products - United States, October 2024-February 2025. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 74(16), 273–281. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7416a1>
- Payne, A. B., Battan-Wraith, S., Rowley, E. A. K., Stockwell, M. S., Tartof, S. Y., Dascomb, K., Irving, S. A., Dixon, B., Ball, S. W., Tenforde, M. W., Vazquez-Benitez, G., Stephens, A. B., Han, J., Natarajan, K., Salas, S. B., Bezi, C., Sy, L. S., Lewin, B., Sheffield, T., ... Link-Gelles, R. (2025). Effectiveness of nirsevimab among infants in their first RSV season in the United States, October 2023-March 2024: a test-negative design analysis. *Lancet Regional Health. Americas*, 49, 101196. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101196>
- Pecenka, C., Sparrow, E., Feikin, D. R., Srikantiah, P., Darko, D. M., Karikari-Boateng, E., Baral, R., Vizzotti, C., Rearte, A., Jalang'o, R., Fleming, J. A., Martín-Torres, F., & Karron, R. A. (2024). Respiratory syncytial virus vaccination and immunoprophylaxis: realising the potential for protection of young children. *Lancet (London, England)*, 404(10458), 1157–1170. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01699-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01699-4)
- Peña-López, Y., Sabater-Riera, J., & Raj, P. (2024). Severe respiratory syncytial virus disease. *Journal of Intensive Medicine*, 4(4), 405–416. <https://doi.org/10.1016/j.jointm.2024.03.001>
- Petersen, M. B., Bor, A., Jørgensen, F. e Lindholt, M. F. (2021) ‘Transparent communication about negative features of COVID-19 vaccines decreases acceptance but increases trust’, *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*, 118(29), p. e2024597118
- Porritt, K., Evans, C., Bennett, C., Loveday, H., Bjerrum, M., Salmond, S., Munn, Z., Pollock, D., Pang, D., Vineetha, K., Seah, B. and Lockwood, C. (2024) ‘Systematic reviews of qualitative evidence’. In: Aromataris, E., Lockwood, C.,

- Porritt, K., Pilla, B. and Jordan, Z. (eds.) JBI Manual for Evidence Synthesis. Adelaide: JBI.
- Riccò, M., Cascio, A., Corrado, S., Bottazzoli, M., Marchesi, F., Gili, R., Giuri, P. G., Gori, D., & Manzoni, P. (2024). Impact of Nirsevimab Immunization on Pediatric Hospitalization Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis (2024). *Vaccines*, *12*(6). <https://doi.org/10.3390/vaccines12060640>
- Sáez-Llorens, X., Castillo, C. L., Franco, D., Esquivel, R., Luciani, K., & DeAntonio, R. (2025). Immunization strategies against respiratory syncytial virus in Panama: considerations for decision-making in a tropical country-a working group meeting report. *Frontiers in Public Health*, *13*, 1547875. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1547875>
- Sankatsing, V. D. V, van Summeren, J., Abreha, F. M., Pandolfi, E., Chironna, M., Loconsole, D., Kramer, R., Paget, J., & Rizzo, C. (2025). Economic Impact of Respiratory Syncytial Virus Infections in Children Under 5 Years of Age Attending Primary Care in Italy: A Prospective Cohort Study in Two Regions. *Influenza and Other Respiratory Viruses*, *19*(2), e70074. <https://doi.org/10.1111/irv.70074>
- Shi, T., McAllister, D. A., O'Brien, K. L., Simoes, E. A. F., Madhi, S. A., Gessner, B. D., Polack, F. P., Balsells, E., Acacio, S., Aguayo, C., Alassani, I., Ali, A., Antonio, M., Awasthi, S., Awori, J. O., Azziz-Baumgartner, E., Baggett, H. C., Baillie, V. L., Balmaseda, A., ... RSV Global Epidemiology Network. (2017). Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children in 2015: a systematic review and modelling study. *Lancet (London, England)*, *390*(10098), 946–958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30938-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30938-8)
- Shmueli, E., Goldberg, O., Mei-Zahav, M., Stafler, P., Bar-On, O., Levine, H., Steuer, G., Mussaffi, H., Gendler, Y., Blau, H., & Prais, D. (2021). Risk factors for respiratory syncytial virus bronchiolitis hospitalizations in children with chronic diseases. *Pediatric Pulmonology*, *56*(7), 2204–2211. <https://doi.org/10.1002/ppul.25435>
- Simões, E. A. F., Madhi, S. A., Muller, W. J., Atanasova, V., Bosheva, M., Cabañas, F., Baca Cots, M., Domachowske, J. B., Garcia-Garcia, M. L., Grantina, I.,

- Nguyen, K. A., Zar, H. J., Berglund, A., Cummings, C., Griffin, M. P., Takas, T., Yuan, Y., Wählby Hamrén, U., Leach, A., & Villafana, T. (2023). Efficacy of nirsevimab against respiratory syncytial virus lower respiratory tract infections in preterm and term infants, and pharmacokinetic extrapolation to infants with congenital heart disease and chronic lung disease: a pooled analysis of randomised controlled trials. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 7(3), 180–189. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00321-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00321-2)
- Siu, W., Killikelly, A., Salvadori, M. I., & Abrams, E. M. (2024). Approach to prevention of respiratory syncytial virus disease in infants by passive immunization. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 70(11–12), 697–700. <https://doi.org/10.46747/cfp.701112697>
- Society for Maternal-Fetal Medicine. Electronic address: pubs@smfm.org, Joseph, N. T., Kuller, J. A., Louis, J. M., & Hughes, B. L. (2024). Society for Maternal-Fetal Medicine Statement: Clinical considerations for the prevention of respiratory syncytial virus disease in infants. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(2), B41–B49. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.10.046>
- Somers, J., Hansen, B., Burger, J., Aronoff, S. and Tuohy, B. (2025) 'Newborn RSV immunization rates and reasons compared to family COVID-19 and influenza immunization status', *BMC Pediatrics*, 25(555). doi: 10.1186/s12887-025-05889-x
- Taddio, A., McMurtry, C.M., Bucci, L.M., MacDonald, N., Ilersich, A.N.T., Ilersich, A.L.T., et al. (2019) 'Overview of a Knowledge Translation (KT) Project to Improve the Vaccination Experience at School: The CARD™ System', *Paediatrics & Child Health*, 24(Suppl 1), pp. S3–S18
- Taborda, I., Oben, G., Santos Ferreira, C., Alves Costa, B., Curinha, F., Tomé, R., Marlow, R., Chatzilena, A., Danon, L., Finn, A., & Rodrigues, F. (2026). Loss of Health-related Quality of Life Among Hospitalized Children With Respiratory Syncytial Virus and Their Caregivers. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 45(1), 29–35. <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000004973>
- Thomas, E., Mattila, J.-M., Lehtinen, P., Vuorinen, T., Waris, M., & Heikkinen, T. (2021). Burden of Respiratory Syncytial Virus Infection During the First Year of

- Life. *The Journal of Infectious Diseases*, 223(5), 811–817.
<https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa754>
- Trusinska, D., Lee, B., Ferdous, S., Kwok, H. H. Y., Gordon, B., Gao, J., Ma, L., Xiong, H., Sheikh, S. A., Schwarze, J., Busby, J., Gibbons, C., Drysdale, S. B., Ritchie, S. L., Williams, T., & Shi, T. (2025). Real-world uptake of nirsevimab, RSV maternal vaccine, and RSV vaccines for older adults: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 84, 103281.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103281>
- van Leeuwen, L., Harteveld, L., Smit, L., Vollebregt, K., Bogaert, D. e van Houten, M. (2025). Boosting RSV Immunization Uptake in The Netherlands: (Expectant) Mothers and Healthcare Professionals' Insights on Different Strategies. *Vaccines*, 13(1051). doi: 10.3390/vaccines13101051.
- Villani, A., Antilici, L., Musolino, A. M. C., Merola, A., Perno, C. F., Raponi, M., & Vittucci, A. C. (2025). RSV bronchiolitis: a disease only for those who do not receive prophylaxis. *European Journal of Pediatrics*, 184(7), 437.
<https://doi.org/10.1007/s00431-025-06275-6>
- Virus Respiratorio Sinciziale: strategia di prevenzione universale della bronchiolite nelle regioni italiane. (2025). Retrieved from <https://sip.it/2025/04/11/virus-respiratorio-sinciziale-strategia-di-prevenzione-universale-della-bronchiolite-nelle-regioni-italiane/>
- Wetzke M., Lange M., Beinhauer K., Röpe E., Borgmann J., Ritter S., Brodowski L., Müller F., Happle C. (2025) Immunization acceptance after broad recommendation for RSV prophylaxis: Results from a cross-sectional study in Germany. *Vaccine*, 64, 127716. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2025.127716>
- WHO position paper on immunization to protect infants against respiratory syncytial virus disease, May 2025. (n.d.). Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer-10022-193-218>
- WHO SAGE Working Group (2014) Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Ginevra: World Health Organization
- Wrotek, A., Wrotek, O., & Jackowska, T. (2023). The Estimate of Parental Quality of Life Loss Due to Respiratory Syncytial Virus (RSV) Hospitalization. *Diseases (Basel, Switzerland)*, 11(4). <https://doi.org/10.3390/diseases11040126>

ALLEGATI

Allegato 1 - Strategia di ricerca nelle banche dati		
Ricerca condotta il 2 gennaio 2026		
MEDLINE (PubMed)	("parents"[MeSH Terms] OR "mothers"[MeSH Terms] OR "fathers"[MeSH Terms] OR "parent*"[All Fields] OR "mother*"[All Fields] OR "father*"[All Fields] OR (("caregivers"[MeSH Terms] OR "caregiver*"[All Fields] OR "care giver*"[All Fields] OR "carer*"[All Fields]) AND ("infant"[MeSH Terms] OR "infant, newborn"[MeSH Terms] OR "infant*"[All Fields] OR "newborn*"[All Fields] OR "neonate*"[All Fields]))) AND ("respiratory syncytial virus infections"[MeSH Terms] OR "Respiratory syncytial virus"[All Fields] OR "RSV"[All Fields] OR "respiratory syncytial virus infection*"[All Fields]) AND ("nirsevimab"[Supplementary Concept] OR "antibodies, monoclonal"[MeSH Terms] OR "nirsevimab"[All Fields] OR "beyfortus"[All Fields] OR "monoclonal antibod*"[All Fields] OR immunoprophylaxis[All Fields] OR "Immunization"[MeSH Terms] OR immunization[All Fields])	N=280 record
CINAHL (EBSCOhost)	((((MH "Parents+" OR MH "Mothers+" OR MH "Fathers+") OR (MH "Caregivers" AND (MH "Infant+" OR MH "Infant, Newborn+")))) AND (MH "Respiratory Syncytial Virus Infections" AND (MH "Antibodies, Monoclonal+" OR nirsevimab OR MH immunization+))) OR (((parent* OR mother* OR father*) OR ((caregiver* OR "care giver*" OR carer*) AND (infant* OR newborn* OR neonate*))) AND (("Respiratory	N=53 record

	syncytial virus” OR RSV OR “respiratory syncytial virus infection*”) AND (nirsevimab OR beyfortus OR “monoclonal antibod*” OR immunoprophylaxis OR immunization)))	
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (parent* OR mother* OR father* OR ((caregiver* OR "care giver*" OR carer*) AND (infant* OR newborn* OR neonate*))) AND TITLE-ABS-KEY ("respiratory syncytial virus" OR RSV OR "respiratory syncytial virus infection" OR "respiratory syncytial virus infections") AND TITLE-ABS-KEY (nirsevimab OR beyfortus OR "monoclonal antibod*" OR immunization OR immunoprophylaxis))	N=211 record

Allegato 2 – Caratteristiche degli studi inclusi

Autore, anno	Paese	Disegno dello studio	Fenomeno di interesse	Caratteristiche dei partecipanti e numerosità campionaria	Metodo di raccolta dati	Setting	Risultati principali
Carlson SJ <i>et al.</i> , 2025	Australia	Studio qualitativo	Esplorare la conoscenza del VRS e le attitudini verso le nuove opzioni di immunizzazione tra genitori e caregiver	N=9 genitori/caregiver di bambini ≤18 mesi; F (8); M (1); età range (20-38), livello di istruzione: 33,3% post-secondaria, 33,3% diploma, 33,3% istruzione secondaria non completata	Focus group e note di campo	Servizio sanitario aborigeno	Bassa consapevolezza del VRS, principalmente legata all’esperienza diretta; elevata propensione all’immunizzazione per prevenire l’ospedalizzazione; fiducia in fonti comunitarie e richiesta di

							informazioni chiare su sicurezza e rischio
Broad J. <i>et al.</i> , 2025	Inghilterra	Studio mixed-methods	Esplorare e descrivere il vissuto, le preoccupazioni e le percezioni relative a barriere e fattori facilitanti che influenzano la decisione di accettare l'immunizzazione contro il VRS in donne in gravidanza e nel post-partum	N=1061 donne (n=696 in gravidanza; n=365 nel post-partum con bambini ≤6 mesi); età range (18-45+ anni); il 94,8% ha età compresa tra 25-44 anni; l'84,8% è di etnia bianca; il 92,6% vive con un partner; campione prevalentemente meno	Questionario online (scale Likert e domande a risposta aperta)	Piattaforma online	Elevata accettabilità dell'immunizzazione VRS (89,5% materna; 81,4% neonatale), sostenuta dalla fiducia nei professionisti sanitari e dalla percezione della gravità del virus. L'adesione è condizionata da fattori sociodemografici e da precedenti vaccinali. Persistono esitazioni legate alla novità dei

				svantaggiato socio economicamente rispetto alla media nazionale (70,5% nei quintili IMD 3-5); n=150 (14,1%) incluse nell'analisi qualitativa			trattamenti e alla necessità di dati clinici trasparenti. Si osserva una preferenza per l'opzione materna, associata alla riduzione delle iniezioni nel neonato e ad una maggiore facilità di accesso
Van Leeuwen L. <i>et al.</i> , 2025	Paesi Bassi	Studio mixed-methods	Esplorare l'accettazione, le percezioni, le barriere e i fattori facilitanti relativi alle strategie di prevenzione del	N=21 madri e future madri (n=9 in gravidanza; n=12 nel post-partum); età mediana 31 anni (IQR 24-31); età	Interviste semi-strutturate (online) e note di campo	Piattaforma online	<u>Quantitativi</u> : il processo decisionale è influenzato principalmente dalla diade madre-partner e dai professionisti sanitari, con un ruolo

			VRS (vaccinazione materna e l'immunizzazione neonatale) nelle madri e nelle donne in gravidanza	mediana dei figli 8,5 settimane (IQR 3,8-10); il 47,6% multipare		marginale di reti sociali, ricerca scientifica e social media. <u>Qualitativi</u> : si osserva una preferenza per la vaccinazione materna, percepita come meno invasiva; tuttavia, l'opzione neonatale risulta maggiormente accettata quando proposta in modo standardizzato e con una tempistica adeguata alla vulnerabilità del periodo post-partum.
--	--	--	---	--	--	---

							La percezione del rischio è influenzata dal vissuto personale e dall'accesso a informazioni bilanciate fornite da professionisti di fiducia
Gagnon D. et al., 2025	Canada	Studio mixed-methods descrittivo	Esplorare conoscenze, attitudini e preferenze delle donne in gravidanza riguardo al VRS e ai nuovi prodotti di immunizzazione, analizzando i fattori che influenzano il	Fase 1 (sondaggio quantitativo): N=803 donne in gravidanza; età range (18-50 anni), il 66,9% (n=537) tra 30-39 anni; il 69,7% (n=560) con istruzione	Questionario online e interviste individuali semi-strutturate (virtuali)	Piattaforma online	<u>Quantitativi</u> : elevata intenzione di adesione all'immunizzazione (>88%), con una preferenza per la vaccinazione materna (69%). L'accettazione è influenzata dalla

			<p>loro processo decisionale</p> <p>universitaria; il 93,5% (n=751) nate in Canada; il 90,7% (n=728) francofone; il 46,1% (n=370) primipare</p> <p>Fase 2 (interviste qualitative): N=25 donne in gravidanza, il 60% (n=15) tra 30-39 anni; il 60% (n=15) con istruzione universitaria; il 44% (n=11) primipare</p>			<p>conoscenza del VRS e da precedenti esperienze vaccinali in gravidanza.</p> <p><u>Qualitativi:</u> la vaccinazione materna è percepita come meno rispetto alla somministrazione neonatale. La fiducia nel medico rappresenta il principale fattore facilitante nel superare i dubbi legati alla novità dei prodotti</p>
--	--	--	---	--	--	---

Somers <i>J. et al.</i> , 2025	Stati Uniti	Studio qualitativo con Grounded Theory	Esplorare il processo decisionale di genitori e caregiver rispetto all'immunizzazione contro il VRS (nirsevimab), analizzando i fattori che ne influenzano l'accettazione	N=25 genitori/caregiver di neonati; il 96% intervistato in inglese e il 4% in spagnolo; lattanti nati a >35 settimane di gestazione e di età <8 mesi; l'80% con copertura assicurativa Medicaid; campione proveniente da contesto urbano a basso reddito	Interviste semi- strutturate (telefoniche)	Ospedale universitario (unità neonatale) e clinica pediatrica ambulatoriale	L'adesione al nirsevimab è guidata dall'istinto protettivo verso il neonato e dalla fiducia nei pediatri. Persistono barriere legate alla confusione tra efficacia e immunità completa, mentre l'impatto dei social media e del contesto politico risulta marginale
--------------------------------------	-------------	--	--	---	---	---	--

Hinderstein S. <i>et al.</i> , 2024	Stati Uniti	Studio qualitativo con Grounded Theory	Esplorare le percezioni, le preoccupazioni e il processo decisionale dei genitori riguardo alla somministrazione di nirsevimab nei neonati	N=37 genitori di neonati (a termine o pretermine tardivi); F (28), M (9); età materna: <30 anni (25%), 31-35 anni (17,9%), ≥36 anni (21,4%); 28,6% primipare, 35,7% multipare; il 57,1% con istruzione post-secondaria; etnia: bianca (50%), nera (7,1%), ispanica (3,6%); il 46,4% con assicurazione	Interviste semi-strutturate (in presenza)	Centro medico accademico di terzo livello (reparti di maternità e unità neonatale)	L'adesione al nirsevimab è limitata da lacune conoscitive e tempi decisionali ristretti. La fiducia nei pediatri e la percezione del rischio favoriscono l'accettazione, mentre l'esitazione è associata a timori sulla sicurezza, preferenza per la vaccinazione materna e influenza del contesto post-COVID
-------------------------------------	-------------	--	--	---	---	--	---

				privata			
Boyvat SF <i>et al.</i> , 2025	Stati Uniti	Studio qualitativo descrittivo	Esplorare le percezioni dei genitori riguardo alla somministrazione di nirsevimab nei neonati	N=25 genitori di neonati a termine e late-preterm; F (21), M (4); età range (<25-≥36 anni), il 44% con istruzione post- secondaria; il 96% con assicurazione pubblica	Interviste semi- strutturate (in presenza), condotte dopo aver proposto l'immunoprofi- lassi con nirsevimab	Centro medico accademico di terzo livello (unità neonatale)	Nonostante limitate conoscenze sul VRS, l'adesione è guidata dalla fiducia nei professionisti sanitari. Tuttavia, la stanchezza post- partum e le barriere linguistiche possono compromettere la qualità del processo decisionale e del consenso informato
Nuzhath T. <i>et al.</i> , 2025	Stati Uniti	Studio qualitativo descrittivo	Comprendere le percezioni, le attitudini e i fattori che influenzano il	N=414 donne in gravidanza; età range (18->35 anni); il 31% tra	Survey online con domande a risposta aperta	Piattaforma online	L'adesione è guidata dal desiderio di proteggere il neonato e dalle

			<p>processo decisionale delle donne in gravidanza rispetto alle nuove strategie di immunizzazione contro il VRS (vaccino RSVpreF e nirsevimab)</p>	<p>30-34 anni; campione nazionale multietnico con prevalenza di caucasiche non ispaniche (70,3%)</p>			<p>raccomandazioni dei professionisti sanitari. L'esitazione è associata a lacune informative, dubbi sulla sicurezza dei nuovi prodotti e sfiducia nelle istituzioni. Le donne richiedono evidenze scientifiche e confronto con altre esperienze genitoriali, identificando nei professionisti sanitari e nei familiari le principali fonti di fiducia</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Drislane S. et al., 2026</p>	<p>Australia</p>	<p>Studio qualitativo descrittivo</p>	<p>Esplorare le motivazioni, le conoscenze e i contesti decisionali dei genitori che hanno rifiutato o ritardato l'immunizzazione con nirsevimab</p>	<p>N=11 genitori/caregiver; F (10), M (1), età range (26-45 anni); l'81,8% con istruzione pari o superiore alla laurea; campione multietnico (27,3% australiani, 27,3% cinesi, 9,1% caucasici, 9,1% arabi, 9,1% asiatici)</p>	<p>Interviste semi-strutturate (n=2 in presenza; n=9 telefoniche)</p>	<p>Ospedali e servizi sanitari territoriali</p>	<p>L'esitazione è associata a timori sulla sicurezza, diffidenza legata al contesto post-COVID e sottovalutazione del rischio di VRS. Strategie alternative e dubbi nei confronti dei professionisti sanitari possono determinare ritardi nella decisione. Una comunicazione medica trasparente e costante rappresenta un elemento chiave per favorire l'accettazione</p>
---------------------------------	------------------	---------------------------------------	--	---	---	---	---

Allegato 3 – Estrazione dei <i>findings</i> e valutazione della credibilità		
Studio (Autore, anno)		Credibilità
Carlson <i>et al.</i>, 2025		
Finding 1	RSV awareness depended on lived experience of an RSV infection	U
Illustration	<i>Approximately half of the participants were aware of RSV as their child had previously experienced an RSV infection... reflecting on symptoms including 'bad wheezing', 'really bad bronchiolitis cough', 'breathing into her ribs'.</i>	
Finding 2	Most participants said they would hypothetically immunise their infant if it was offered and available to them.	C
Quotation	<i>"I want to prevent her from getting sick and prevent her from going to the hospital" or "I want the best for him."</i>	
Finding 3	Participants were seemingly aware of how devastating it can be when a newborn acquires a respiratory infection, as they described themselves as 'germaphobes'.	C
Illustration	<i>...implemented boundaries with family members and their baby, such as no kissing, no smoking, and sanitising hands.</i>	
Finding 4	Views had changed since the COVID-19 vaccine mandates	U
Quotation	<i>saying, 'don't tell me what to do'.</i>	
Finding 5	Learn more about the RSV	C

Illustration	<i>Participants wanted more information on RSV hospitalisation rates [...], how the risk of RSV compares to other respiratory infections, prevention measures for respiratory infections in children, and the safety of Nirsevimab.</i>	
Finding 6	Learn more about information source	C
Illustration	<i>Importance was placed on information coming from a trusted Indigenous voice. Participants were wary of information shared in the news or on social media.</i>	
Finding 7	Experience with RSV disease motivates acceptance of nirsevimab for prevention	U
Illustration	<i>Some participants reflected on how even though COVID-19 vaccines and Nirsevimab are both new products, they “feel different about this one [Nirsevimab]” because most parents have either seen their children, or the children of friends/family, suffer from an RSV infection and are eager for prevention.</i>	
Broad et al., 2025		
Finding 1	Novelty of RSV and perceived lack of evidence	C
Illustration	<i>The most common reason stated for rejecting both a vaccine or immunisation by a small number of participants was the apparent novelty of an immunisation and perceived lack of evidence on long term side effects.</i>	
Finding 2	Impact of reduced trust following COVID vaccination.	C
Illustration	<i>The free text comments suggested that... reduced trust following COVID vaccination may be important for a small number of participants.</i>	

Finding 3	Need for clinical trial data to balance risks and benefits	C
Illustration	<i>Respondents would like to see data included from clinical trials to be able to balance the benefits and risks of immunisation.</i>	
Finding 4	Ease of access as a factor for RSV immunisation acceptance	C
Illustration	<i>Increased likelihood of acceptability of both a maternal vaccine or infant monoclonal antibody included ease of access to the product (preference to be given as part of routine care or in pharmacies)</i>	
Finding 5	Preference for maternal vaccine to reduce infant procedures.	C
Illustration	<i>Some respondents stated a preference for a maternal vaccine over infant immunisation to reduce the number of procedures their infant received</i>	
Finding 6	Distrust in the healthcare system, government, and pharmaceutical companies.	C
Illustration	<i>...distrust in both the healthcare system, government and pharmaceutical companies was stated by a minority of respondents to be a reason for rejecting immunisations.</i>	
Finding 7	Importance of information provided by trusted health care professionals	C
Illustration	<i>Increased likelihood of acceptability... if information was provided by trusted health care professionals.</i>	
van Leeuwen et al., 2025		
Finding 1	RSV Awareness & Impact	U
Quotation	<i>"I have seen first-hand how quickly things can escalate, especially with a newborn, where it [RSV] can turn severe in an instant." (INT007)</i>	
Finding 2	RSV Protection & Vaccine Hesitancy	C

Quotation	<i>“The fuss around the COVID vaccinations made me more sceptical. Before that, I was less doubtful about vaccines. I got all my vaccinations as a child, so I just went along with it, it is just something you do. But during COVID, I also heard about strange side effects from vaccines. And now, it is about your baby, right?” (INT006)</i>	
Finding 3	The Most Suitable Approach	U
Quotation	<i>“I think vaccinating a newborn is mainly an emotional issue; it is simply unpleasant to give an injection to such a young baby, even though I know it is not truly traumatic. If I can receive it instead and it still provides the protection my baby needs, it feels like a less invasive option.” (INT020)</i>	
Finding 4	Timing of Neonatal Immunization	U
Quotation	<i>“I think in those first days, you are already on a rollercoaster, just trying to process everything. The maternity nurse is still around, the midwife is checking in, and there is the newborn screening in the first week. If another thing were added on top of that, I think I would have found it quite overwhelming during my postpartum week. But then again, you just go through with it anyway.” (INT006)</i>	
Finding 5	Information	U
Quotation	<i>“Of course, it [information on vaccination] should be accessible through the government, but I would like more information. I want the option to dive deeper, not just feel like the benefits are being heavily pushed. You know, understanding both sides: what happens if you do it, but also what if you don’t? That would allow for a better choice.” (INT004)</i>	
Finding 6	Influence	C

Illustration	<i>Most prioritized themselves and their partner (960/2100 points, 46% of all points), as they made the final decision.</i>	
Gagnon et al., 2025		
Finding 1	Knowledge related to RSV	C
Quotation	<i>“Umm... so I knew well before having kids, I guess, I knew a little about it, and very basic things, like that it was very dangerous for young babies, and I didn’t really know much about the virus. And then actually my second, the two-year-old now, when he was first born, he was only about six weeks old, and he ended up getting RSV.” (Participant 16)</i>	
Finding 2	Perceptions related to RSV	U
Quotation	<i>“Yes, that’s more worrying. [...] It’s just that they’re so fragile when they’re infants. They say that before three months, as soon as they have a little fever, you should go to the emergency room, so it’s a bit more stressful since their health is more fragile.” (Interview 18)</i>	
Finding 3	RSV immunization intention in newborn	U
Quotation	<i>“Yes, because I think it’s... I think it’s important to make the immune system a little stronger because when you catch something, it’s really not fun. It completely knocks you down, and you can hardly... not die, but you don’t know... For a baby, it’s even harder, so yeah, I think it’s really important. I’m ‘for’ it.” (Interview 10, third pregnancy).</i>	
Finding 4	Types of information sought for RSV immunization products	U

Quotation	<i>“For sure, it would be through my doctor, and after that, receiving a pamphlet to read at my convenience, because, you know, on the internet, you always find things that are scary... So, it’s difficult to decide when you’re not in the medical field. But I would really like to get the opinion of a professional, with a pamphlet, so I can discuss it at home afterward.” (Interview 8, first pregnancy)</i>	
Finding 5	Preferred sources for RSV immunization products	U
Quotation	<i>“For sure, you know, I would either do some research myself or I would want to know how much it normally affects children. Percentages can sometimes be a bit biased, but I would want to get an idea of how” many children it affects, and when it affects them more specifically. Does it happen on the first day of life? Is it a bit later? Are there not many cases? (Interview 2, first pregnancy).</i>	
Finding 6	Preferences between the two immunization strategies	U
Quotation	<i>“Yes, to avoid him getting the shot, and once again, to avoid any symptoms related to the vaccination. I would like to spare my child from that. But again, I would like to be informed to know, is the transmission the same? And will the baby receive all the benefits of the vaccine if I get it while pregnant versus if he receives it directly?” (Interview 4, first pregnancy).</i>	
Finding 7	Factors influencing the decision	C
Illustration	<i>Willingness to receive any RSV immunizing products was influenced by being knowledgeable about RSV and not being vaccine hesitant in general. [...] Additionally, the intention to vaccinate their newborns with</i>	

	<i>all recommended vaccines was associated with higher odds of intending to give monoclonal antibody immunization.</i>	
Finding 8	The effectiveness of the product could influence the participants' decision	U
Quotation	<i>"I would definitely go with the recommendations. Since I have no issue with vaccination during pregnancy, I might do it beforehand so it's already done, and he'll have some immunity. Unless I'm told that the antibodies are less effective when vaccinated during pregnancy than if he receives them himself... That still depends." (Interview 2, first pregnancy)</i>	
Somers et al., 2025		
Finding 1	Impact of personal and family experiences	U
Quotation	<i>"My middle child got RSV when he was younger and was in the hospital for 2 weeks - it was really bad. I didn't want this to happen to my newborn so that's why I got it"</i>	
Finding 2	Minimal influence of social media and politics	C
Illustration	<i>Only 12% of participants reported that social media or political factors influenced their vaccine decisions [...] there was no strong indication that social media or political affiliation played a decisive role...</i>	
Finding 3	Trust in healthcare professionals and sources of information	C
Quotation	<i>"I don't use any specific websites, usually just browse the internet for hours through googling. I try to go to social websites, not wikipedia, for information from medical experts but it's hard to find."</i>	
Finding 4	Challenges in immunization messaging	C
Illustration	<i>Many equated efficacy with complete immunity, expecting that vaccines should entirely prevent infection.</i>	

Hinderstein et al., 2024		
Finding 1	Knowledge about RSV	U
Quotation	<i>"I had a friend...her daughter was in the hospital for almost 3 months cause it had the RSV virus. I know that it is serious"</i>	
Finding 2	Source of information	C
Quotation	<i>"... [heard about nirsevimab] Mostly the internet. You can find anything online and that's a good tool. People learn from that."</i>	
Finding 3	Strong trust of PCP's recommendation	U
Quotation	<i>"... if my pediatrician would recommend it, I would be pro-it"</i>	
Finding 4	Fear of RSV infection	U
Quotation	<i>"It's a very bad disease... if it's something that would protect her against it, I would definitely do it"</i>	
Finding 5	Expect exposure to family members and siblings	C
Quotation	<i>"...our other son is three, so he's always bringing stuff home from daycare..."</i>	
Finding 6	Impact of sick child	U
Quotation	<i>"...we're seeing this differently...your kid gets sick, and then it impacts your sleep and your stress and their overall health and economics"</i>	
Finding 7	Concerns about side effects	C
Quotation	<i>"I would be nervous about her getting sick from it, like the vaccine [referring to nirsevimab]."</i>	
Finding 8	Want more time to make an informed decision about a new recommendation for healthy neonates	C

Quotation	<i>Participants shared not having enough time to fully understand and process the availability of nirsevimab and make an informed decision before the delivery or during a short and hectic birth hospitalization.</i>	
Finding 9	Infection prevention measures at home would adequately protect against RSV	U
Quotation	<i>"...you're staying home...there is little contact. We're cautious with folks, basically anti-visiting with no kids in the house or toddlers."</i>	
Finding 10	Preference for mother to get RSV vaccine in lieu of baby receiving an injection	U
Quotation	<i>"...with all the other vaccines she's [infant] getting, it was... something I [mother] could get and protect her myself. Maybe spare her one more jab."</i>	
Finding 11	Perception that nirsevimab is a vaccine	U
Quotation	<i>"I did think about how it [nirsevimab] had just been approved... people talk about vaccines in the background, like autism...what if there is a downside to it?"</i>	
Finding 12	Prophylaxis against RSV is new	U
Quotation	<i>"That does make me a little anxious about... long term and how much it's been studied..."</i>	
Finding 13	Perception that nirsevimab can be given when the baby is sick to prevent infection	C
Quotation	<i>"If he's sick very easily in the next days, I will do [the] shot, definitely."</i>	
Finding 14	Concerns related to COVID-19 vaccine rollout	U
Quotation	<i>"... it was easier for me to decide to get a newer vaccine because I know how scary RSV is. But... all the talk around COVID vaccines made everyone so scared to get new vaccines, which is a shame."</i>	
Boyvat et al., 2025		

Finding 1	Knowledge gaps about RSV and RSV prophylaxis were abundant	U
Quotation	<i>"This is the first time that it's mentioned to me that there is this respiratory virus going on and I'm rather surprised." (P4)</i>	
Finding 2	Parents overwhelmingly trusted physicians and other healthcare professionals	U
Quotation	<i>"I would presume if you guys are recommending this kind of shot, it's something that is good and maybe even necessary for the baby's health. I don't think you would recommend something that would not be good for the baby." (P10)</i>	
Finding 3	Discussions around RSV prophylaxis upon arrival to the postpartum unit was not ideal for parents.	U
Quotation	<i>"Honestly, they did mention about it, but I was feeling very drowsy and sleepy at that time, so I did not ask much." (P11)</i>	
Finding 4	The information provided seemed to have been received 'passively	C
Illustration	<i>Those who did recall conversations during their pregnancy remembered directives rather than recommendations with explanations</i>	
Nuzhath et al., 2025		
Finding 1	Perception about the disease	U
Quotation	<i>"My son has seriously sick with RSV as an infant and I want to prevent that as much as I can with this baby."</i>	
Finding 2	Benefits of immunization	U
Quotation	<i>"It's a safety shield for kids and to prevent having serious illnesses."</i>	
Finding 3	Recommendations by healthcare professionals and CDC	U

Quotation	<i>"If the CDC recommends it and believes it is safe then I would like to protect my baby."</i>	
Finding 4	Several of them reported that they had not heard about nirsevimab.	U
Quotation	<i>"This is my first time hearing about it."</i>	
Finding 5	Information gaps	U
Quotation	<i>"Afraid he will get the disease"</i>	
Finding 6	Concerns about side effects and safety	C
Quotation	<i>"Don't think it is necessary and too new of a vaccine"</i>	
Finding 7	Lack of trust in vaccines & vaccine-makers	U
Quotation	<i>"I don't trust vaccine companies, especially since they take no liability for their products"</i>	
Finding 8	Low perceived disease risk	U
Quotation	<i>"I do not think it is necessary. I would rather my child gain natural immunity."</i>	
Finding 9	Vaccine narratives	C
Quotation	<i>"The shot is too new, and I want to wait to see how it works for others"</i>	
Finding 10	Evidence	U
Quotation	<i>"I would like to know how it effects infants, how soon they would need to have it, how many vaccines and the benefits/side effects as well."</i>	
Finding 11	Trusted source of vaccine information (Healthcare providers)	U
Quotation	<i>"My pediatrician that has provided pediatric care for my first two kids and I trust to provide health care for my new baby as well."</i>	

Finding 12	Trusted source of vaccine information (Family/relatives)	C
Quotation	<i>“My husband”</i>	
Finding 13	Trusted source of vaccine information (Research)	U
Quotation	<i>“The information would have to be provided by an unbiased academic or governmental institution that has 0 affiliation to the production and commercialization of the vaccine. If the information provided by such is supported by international health organizations would have even more credibility.”</i>	
Drislane et al., 2026		
Finding 1	Newness of nirsevimab	U
Quotation	<i>“I know [nirsevimab] is new and it’s just introduced. I didn’t want to put her in trial... So I was very comfortable with the immunisations that has been there for so many years.... But for something new, [there’s] the fear of the unknown.”</i>	
Finding 2	Post COVID apprehension around immunisation	C
Quotation	<i>“[My partner] was just very sceptical about it, saying: This is new, and you don’t know what the effect is, you don’t want to do it, and it would be like the COVID vaccine where they then start saying ‘Oh, it’s causing issues’.”</i>	
Finding 3	Understanding attributes of nirsevimab	C
Quotation	<i>If nirsevimab is a medicine “then can’t [babies] have it when they get RSV?” (Decliner)</i>	
Finding 4	Risk perceptions RSV infection	U

Quotation	<i>“I sort of thought, oh yeah, [she] should probably be okay, you know and RSV is one thing she’s probably going to pick up, and she has picked up goodness knows what over the winter from all her other siblings, anyway”</i>	
Finding 5	Parents’ risk management strategies	C
Illustration	<i>Naomi (decliner) believed that her broader health and lifestyle practices – including nutrition, gut health, and limiting exposure to environmental toxins- helped to build strong immune systems in her family.</i>	
Finding 6	Understanding immunisation delay	C
Quotation	<i>Most delayers... shifted to accepting nirsevimab through emergent or strengthened beliefs that the immunisation was the best way to protect their child from a serious illness</i>	
Finding 7	Discourse within personal or social circles	C
Illustration	<i>Sarah... had reached out to two friends (“people in the know”) with expertise in the areas of pharmaceuticals and childhood vaccination... Her friends’ advice about monoclonal antibody products... helped her to feel more confident.</i>	

Allegato 4 - <i>Synthesized findings, categorie e findings</i>	
Synthesized finding 1. La percezione del rischio del VRS influenza l'adesione alla profilassi con nirsevimab	
Findings	Categorie
RSV awareness depended on lived experience of an RSV infection (U)	Consapevolezza del VRS
Participants were seemingly aware of how devastating it can be when a newborn acquires a respiratory infection, as they described themselves as 'germaphobes'(C)	
RSV Awareness & Impact (U)	
Perceptions related to RSV (U)	
Factors influencing the decision (C)	
Knowledge about RSV (U)	
Fear of RSV infection (U)	
Expect exposure to family members and siblings (C)	
Impact of sick child (U)	
Experience with RSV disease motivates acceptance of nirsevimab for prevention (U)	Esperienze dirette di VRS
Impact of personal and family experiences (U)	
Perception about the disease (U)	
Views had changed since the COVID-19 vaccine mandates (U)	Esitazione post COVID-19
Impact of reduced trust following COVID vaccination (C)	

RSV Protection & Vaccine Hesitancy (C)	
Concerns related to COVID-19 vaccine rollout (U)	
Post COVID apprehension around immunisation (C)	
Infection prevention measures at home would adequately protect against RSV (U)	Strategie alternative
Parents' risk management strategies (C)	
Low perceived disease risk (U)	Sottostima del rischio
Risk perceptions RSV infection (U)	
Synthesized finding 2. L'adesione alla profilassi con nirsevimab è guidata dall'interazione tra conoscenze, fonti informative e benefici percepiti	
Findings	Categorie
RSV immunization intention in newborn (U)	Benefici attesi di nirsevimab
Benefits of immunization (U)	
Understanding immunisation delay (C)	
Challenges in immunization messaging (C)	Lacune conoscitive
Concerns about side effects (C)	
Perception that nirsevimab is a vaccine (U)	
Perception that nirsevimab can be given when the baby is sick to prevent infection (C)	
Knowledge gaps about RSV and RSV prophylaxis were abundant (U)	
Several of them reported that they had not heard about nirsevimab (U)	

Information gaps (U)	Contenuti dell'informazione
Understanding attributes of nirsevimab (C)	
Learn more about the RSV (C)	
Need for clinical trial data to balance risks and benefits (C)	
Information (U)	
Knowledge related to RSV (C)	
Preferred sources for RSV immunization products (U)	
The effectiveness of the product could influence the participants' decision (U)	
The information provided seemed to have been received "passively" (C)	
Evidence (U)	
Learn more about information source (C)	Fonti dell'informazione
Importance of information provided by trusted health care professionals (C)	
Influence (C)	
Types of information sought for RSV immunization products (U)	
Minimal influence of social media and politics (C)	
Trust in healthcare professionals and sources of information (C)	
Source of information (C)	
Strong trust of PCP's recommendation (U)	
Parents overwhelmingly trusted physicians and other healthcare professionals (U)	

Recommendations by healthcare professionals and CDC (U)	
Trusted source of vaccine information (Healthcare providers) (U)	
Trusted source of vaccine information (Family/relatives) (C)	
Trusted source of vaccine information (Research) (U)	
Discourse within personal or social circles (C)	
Synthesized finding 3. I fattori contestuali legati all'introduzione e alla somministrazione di nirsevimab influenzano la decisione dei genitori	
Findings	Categorie
Preference for maternal vaccine to reduce infant procedures (C)	Modalità di somministrazione
The Most Suitable Approach (U)	
Preferences between the two immunization strategies (U)	
Preference for mother to get RSV vaccine in lieu of baby receiving an injection (U)	
Novelty of RSV and perceived lack of evidence (C)	Novità del prodotto
Prophylaxis against RSV is new (U)	
Concerns about side effects and safety (C)	
Vaccine narratives (C)	
Newness of nirsevimab (U)	
Distrust in the healthcare system, government, and pharmaceutical companies (C)	Sfiducia istituzionale e nei produttori
Lack of trust in vaccines & vaccine-makers (U)	

Timing of Neonatal Immunization (U)	<i>Timing dell'offerta</i>
Want more time to make an informed decision about a new recommendation for healthy neonates (C)	
Discussions around RSV prophylaxis upon arrival to the postpartum unit was not ideal for parents (U)	
Most participants said they would hypothetically immunise their infant if it was offered and available to them (C)	Accessibilità
Ease of access as a factor for RSV immunisation acceptance (C)	