



Dipartimento di Medicina Traslazionale
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE
IN SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE
Presidente: Prof. Massimiliano Panella

TESI DI LAUREA

*Analisi qualitativa dei fattori che influiscono sull'aderenza vaccinale nei pazienti
con diabete mellito tipo 2 nell'ASL CN2*

Relatore: Prof.ssa Flavia Prodam

Candidato: Ilaria Isoardi

Anno Accademico 2024/2025

ABSTRACT

Introduzione

Le vaccinazioni rappresentano il principale strumento di prevenzione primaria da adottare nelle categorie di pazienti a rischio al fine di prevenire le malattie infettive, ridurre morbosità e mortalità. Le persone affette da diabete mellito rientrano tra i gruppi di popolazione a rischio, ma nonostante le raccomandazioni delle principali organizzazioni sanitarie internazionali, le coperture vaccinali risultano inferiori agli obiettivi previsti e l'esitazione vaccinale una tra le dieci minacce della salute globale. Le evidenze quantitative non consentono di comprendere le motivazioni sottostanti ai comportamenti vaccinali. Lo studio pilota ha l'obiettivo di indagare, in modo sistemico, i fattori che influiscono sull'aderenza alle vaccinazioni esplorando sia il punto di vista dei pazienti diabetici sia di quello dei professionisti sanitari operanti nel contesto dell'ASL CN2.

Materiali e Metodi

È stato condotto uno studio qualitativo con approccio fenomenologico descrittivo rivolto alla popolazione di pazienti e ai professionisti sanitari. La popolazione in studio è rappresentata da 8 pazienti diabetici residenti nell'ASL CN2 e da 18 professionisti sanitari coinvolti nel percorso di prevenzione. La selezione del campione è avvenuta seguendo il criterio propositivo intenzionale di massima variazione. La raccolta dati è stata realizzata attraverso interviste semi-strutturate vis a vis audio-registrate. I dati sono stati analizzati secondo il metodo Colaizzi.

Risultati

Dal punto di vista dei pazienti emerge una conoscenza frammentaria delle vaccinazioni raccomandate, una percezione limitata del rischio infettivo e una forte influenza del medico di medicina generale nel processo decisionale. Non è emerso un rifiuto ideologico della vaccinazione, ma piuttosto una disponibilità latente che potrebbe essere attivata attraverso informazioni chiare e personalizzate.

Il personale sanitario restituisce l'immagine di un sistema sanitario locale consapevole dell'importanza della prevenzione vaccinale, ma ancora caratterizzato da frammentazione, disallineamento tra ruoli e mancanza di strumenti condivisi, che limitano l'effettiva traduzione delle raccomandazioni nella pratica clinica quotidiana.

Conclusione

I risultati suggeriscono che l'aderenza vaccinale nelle persone con diabete non dipende esclusivamente da fattori individuali, ma dall'interazione tra dimensioni organizzative, relazionali e culturali. In questo contesto, l'infermiere con competenze avanzate potrebbe svolgere un ruolo strategico nel coordinamento dei percorsi assistenziali, nel counselling e nel rafforzamento della collaborazione tra i vari servizi. L'analisi qualitativa condotta rappresenta il punto di partenza per lo sviluppo di un modello organizzativo integrato di promozione vaccinale estendibile anche ad altre popolazioni di pazienti affetti da patologie croniche.

Parole chiave

Diabete mellito; vaccinazioni; aderenza vaccinale; prevenzione; ricerca qualitativa; medicina di iniziativa; infermiere.

ABSTRACT

Introduction

According to the Italian National Immunization Prevention Plan (PNPV), individuals with diabetes mellitus are classified among high-risk population groups for whom vaccination represents the primary strategy for disease prevention.

Despite recommendations issued by major international health organizations, vaccination coverage among patients with diabetes remains below target levels. Furthermore, quantitative evidence alone is insufficient to fully elucidate the determinants underlying vaccination behaviors.

This pilot study aims to systematically explore the factors influencing adherence to recommended vaccinations, adopting an integrated perspective that considers both the viewpoints of patients with diabetes and healthcare professionals operating within the ASL CN2 healthcare setting.

Materials and Methods

A qualitative study was conducted using a descriptive phenomenological approach for patients and an exploratory thematic analysis for healthcare professionals. The study population included eight patients with diabetes residing in the ASL CN2 area and eighteen healthcare professionals involved in preventive care pathways. Participants were selected through purposive sampling with a maximum variation strategy.

Data were collected through face-to-face, audio-recorded, semi-structured interviews. Data analysis was performed according to Colaizzi's method.

Results

From the patients' perspective, findings indicate fragmented knowledge of recommended vaccinations, a limited perception of infectious risk, and a strong influence of general practitioners in the decision-making process.

No ideological opposition to vaccination emerged; rather, a latent willingness was identified, which could be enhanced through clear and tailored information.

From the healthcare professionals' perspective, the findings depict a local healthcare system that is aware of the importance of vaccination as a preventive strategy, yet still characterized by fragmentation, role misalignment, and a lack of shared tools, all of which hinder the effective implementation of recommendations into routine clinical practice.

Conclusion

The findings suggest that vaccination adherence among individuals with diabetes is not solely determined by individual factors but rather by the interaction of organizational, relational, and cultural dimensions.

In this context, nurses with advanced competencies may play a strategic role in coordinating care pathways, delivering patient-centered counseling, and strengthening interprofessional collaboration.

This qualitative analysis represents a starting point for the development of an integrated organizational model for vaccination promotion, potentially extendable to other populations affected by chronic conditions

Keywords

Diabetes mellitus; vaccination; vaccine adherence; prevention; qualitative research; proactive care model; nursing.

INDICE

1. INTRODUZIONE	1
1.1 Le persone affette da diabete mellito: una popolazione a rischio	2
1.2 Le vaccinazioni raccomandate.....	6
1.3 Analisi del contesto ASL CN2.....	7
1.4 L'aderenza vaccinale delle persone affette da diabete nell'Asl CN2.	8
1.5 Quesito di studio e cornice teorica.....	10
2. OBIETTIVI	11
2.1 Obiettivo principale	11
2.2 Obiettivi specifici	11
3. MATERIALI E METODI	12
3.1 Popolazione in studio e criteri di eleggibilità	12
3.2 Criteri di inclusione ed esclusione	13
3.3 Metodo di campionamento	14
3.4 Tecniche e modalità di raccolta dati	14
3.5 Analisi dei dati secondo metodo Colaizzi.....	18
4. RISULTATI	21
4.1 Risultati popolazione dei professionisti sanitari	21
4.1.1 Descrizione della popolazione dei professionisti sanitari.....	21
4.1.2 Analisi tematica professionisti sanitari : dalla Fase 1 alla Fase 5 ...	23
4.1.3 Analisi tematica: descrizione esaustiva del fenomeno	23
4.1.4 Descrizione fondamentale della struttura del fenomeno Fase 6	25
4.2 Risultati popolazione dei pazienti diabetici.....	27
4.2.1 Descrizione della popolazione dei pazienti diabetici.....	27
4.2.2 Analisi tematica pazienti diabetici : dalla Fase 1 alla Fase 5.....	28
4.2.3 Analisi tematica: descrizione esaustiva del fenomeno	29
4.2.4 Descrizione fondamentale della struttura del fenomeno.....	30
5. DISCUSSIONE	31
5.1 Ruolo dell'infermiere laureato magistrale in Cure Primarie.....	35
5.2 Limiti dello studio.....	35
6. CONCLUSIONI	36

7. BIBLIOGRAFIA	38
Allegati	41
Allegato 1 Topic guide per intervista strutturata alla persona assistita	41
Allegato 2 Topic guide per intervista strutturata al personale sanitario.....	42
Allegato 3 Informativa sul trattamento dei dati personali	43
Allegato 4 Analisi tematica secondo Colaizzi popolazione sanitari.....	50
Allegato 5 Analisi tematica secondo Colaizzi popolazione pazienti.....	81

1. INTRODUZIONE

Le vaccinazioni rappresentano uno dei principali strumenti a disposizione della Sanità Pubblica per prevenire le malattie infettive, ridurre morbosità e mortalità e contribuire altresì al contenimento dell'impatto sanitario ed economico associato. Sebbene siano una delle conquiste più significative della salute pubblica, con benefici superiori ai rischi per la maggior parte della popolazione, nel 2019 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) ha dichiarato l'esitazione vaccinale una tra le dieci minacce per la salute globale.

Garantire a tutte le persone l'accesso alle vaccinazioni durante il corso della propria vita, attraverso un'efficace integrazione fra il sistema vaccinale e tutti gli altri servizi sanitari, è uno dei sette obiettivi che l'O.M.S. ha prefissato nell'Agenda sull'immunizzazione 2030 (Immunization Agenda 2030: a global strategy to leave no one behind). A livello internazionale sono stati implementati programmi di immunizzazione volti a promuovere la copertura vaccinale nelle categorie di pazienti a rischio, in particolare in presenza di patologie croniche. In tali condizioni cliniche l'eventuale insorgenza di Vaccine Preventable Diseases (VPDs) può determinare un significativo incremento della disabilità, delle complicanze e della mortalità. (Napolitano F. et al., 2020)

A livello europeo, si stima che circa il 37% delle persone di età pari o superiore ai 65 anni presenti almeno una condizione medica cronica, con rilevanti implicazioni in termini di bisogni assistenziali, utilizzo dei servizi sanitari e vulnerabilità alle complicanze infettive (Osservatorio europeo dei sistemi e delle politiche sanitarie).

In Italia, il progressivo invecchiamento della popolazione rappresenta uno dei principali determinanti dell'aumento della prevalenza delle patologie croniche. Secondo gli ultimi dati disponibili, la popolazione di età pari o superiore a 65 anni costituisce il 24,1% del totale degli abitanti, confermando una tendenza demografica consolidata verso l'incremento delle fasce di età più avanzate (ISTAT, *Indicatori demografici*, 2022). In questo contesto, l'invecchiamento è frequentemente associato alla comparsa di condizioni di multimorbilità e a un aumento delle patologie cronico-degenerative correlate all'età.

Dall'analisi dei bisogni assistenziali corrispondenti ai tre livelli di complessità ed intensità dell'assistenza, risulta che le persone con patologie croniche rappresentano il 39% del totale della popolazione (*Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità Hub*. AGE.NA.S. 2024)

Tra le principali minacce infettive che colpiscono in modo prevalente la popolazione anziana e fragile, le malattie batteriche invasive (MIB) rivestono un ruolo di particolare rilievo. Tali infezioni sono principalmente sostenute da *Streptococcus pneumoniae* e *Neisseria meningitidis*, agenti patogeni per i quali sono disponibili efficaci strategie di prevenzione vaccinale (Pezzotti et al., 2019). Ulteriori evidenze indicano come anche l'herpes zoster rappresenti una condizione clinica fortemente correlata all'età: i dati mostrano, infatti, che la maggior parte dei pazienti ricoverati per questa patologia ha un'età superiore ai 50 anni, sottolineando l'importanza di interventi preventivi mirati alle fasce di popolazione adulte (Amodio et al., 2022).

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023/2025 (PNPV), considerando la gratuità delle vaccinazioni prevista dai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza per i soggetti a rischio, raccomanda di incrementare la collaborazione fra tutte le professionalità coinvolte, con l'obiettivo di implementare nuovi percorsi di prevenzione vaccinale anche per i gruppi di popolazione a rischio per condizione medica (Ministero della Salute 2022, 30 dicembre). L'obiettivo fissato per l'influenza stagionale tra gli adulti \geq i 65 anni è del 75%, per l'herpes zoster tra quelli di età compresa tra i 50 anni \geq è del 50% e per l'ACWY meningococcico tra gli adolescenti di età compresa tra \geq 15 anni è del 95%.

1.1 Le persone affette da diabete mellito: una popolazione a rischio

Il diabete mellito risulta essere una delle patologie croniche più diffuse che colpisce pesantemente non solo la vita e il benessere di pazienti e famiglie, ma anche l'economia e le società. L'International Diabete Federation ha dichiarato che nel mondo il numero di pazienti affetti da diabete nel 2024 era di 589 milioni di adulti dai 20 ai 79 anni e questo numero è destinato ad aumentare ulteriormente nei prossimi decenni. In Italia i dati ISTAT 2020 rilevano una prevalenza del diabete pari al 5,9%, che corrisponde a oltre 3,5 milioni di persone, con una tendenza in lieve aumento negli ultimi anni. La prevalenza aumenta al crescere dell'età fino a raggiungere il 21%

tra le persone ultrasettantacinquenni come confermato anche da Epicentro- ISS. Nella popolazione adulta 18-69 anni la Sorveglianza P.A.S.S.I. (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) mostra che, nel biennio 2023-24, poco meno del 5% degli intervistati ha riferito una diagnosi di diabete, con una prevalenza del 9% nella fascia 50-69 anni, condizione associata a fattori socioeconomici svantaggiati : 16% tra chi ha un livello basso di istruzione e 10 % con difficoltà economiche (Zamagni G.et al.,2025). Altro dato rilevante è che solo il 36% delle persone diabetiche ha riferito di aver effettuato un controllo dell'emoglobina glicata negli ultimi quattro mesi nonostante l'88% di questi sia in trattamento farmacologico. (Istituto Superiore Sanità 2024, PASSI 2023-2024 ; Abbafati C.et al.,2024)

Il diabete mellito rappresenta una rilevante problematica di sanità pubblica associata non solo a complicanze cardiovascolari, renali e neurologiche, ma anche ad un alto tasso di malattie infettive e di mortalità correlata rispetto alla popolazione sana.

Evidenze scientifiche internazionali confermano che il diabete mellito rappresenta un importante fattore di rischio per lo sviluppo di infezioni e per l'aggravamento dei relativi esiti clinici (Dicembrini et al., 2023 ; Berbudi et al., 2020). In particolare, uno studio di coorte condotto in Canada nel 2014, ha dimostrato che le persone affette da diabete presentano, nell'arco di un follow-up quadriennale, un rischio aumentato del 21% di sviluppare una nuova infezione rispetto alla popolazione generale (Lau et al., 2014).

La relazione tra diabete mellito e infezioni è oggi riconosciuta come bidirezionale, in quanto il diabete aumenta il rischio e la gravità delle infezioni e alcune di queste possono a loro volta modificare il metabolismo glucidico favorendo l'insorgenza o il peggioramento della malattia diabetica. Le persone con diabete presentano infatti un rischio di infezione da 1,5 a 4 volte superiore rispetto alla popolazione generale, con maggiore incidenza di polmoniti, infezioni urinarie, cutanee e sepsi, nonché gravi esiti clinici e aumento della mortalità associata alle malattie infettive. Dal punto di vista fisiopatologico, l'iperglicemia cronica altera diversi meccanismi di difesa dell'organismo.

Il diabete compromette sia l'immunità innata sia quella adattativa: si osservano una riduzione della migrazione e dell'attività microbica dei neutrofili, un'alterazione del sistema del complemento e una ridotta risposta dei linfociti T. (Berbudi et al.,2020).

A questi meccanismi si associano inoltre complicanze tipiche della malattia diabetica come neuropatia, insufficienza vascolare e alterazioni della barriera cutaneo-mucosa che facilitano la colonizzazione da parte dei patogeni e aumentano la vulnerabilità alle infezioni (Holt et al.,2024).

Parallelamente, anche le infezioni possono interferire con l'omeostasi glicemica. Come mostrato nella Figura 1, la risposta infiammatoria e lo stress metabolico indotti dall'infezione determinano un aumento degli ormoni contro regolatori (glucagone, catecolamine, glucocorticoidi e ormone della crescita) e delle citochine pro-infiammatorie, che promuovono insulino-resistenza e iperglicemia. In alcuni casi, specifici virus possono anche interferire direttamente con la funzione delle cellule β pancreatiche, riducendo la secrezione insulinica e favorendo la comparsa di iperglicemia o di diabete di nuova insorgenza (Holt et al.,2024).

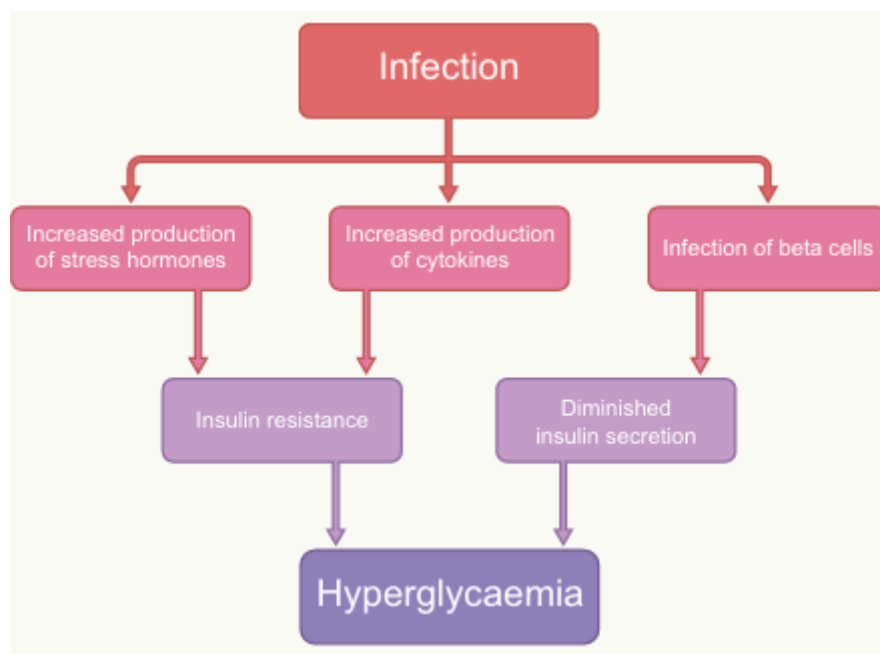


Figura 1 Holt et al (2024) Diabetologia DOI 10.1007/s00125-024-06102-x

Nel complesso, questa interazione reciproca genera un circolo vizioso fisiopatologico, in cui il diabete aumenta la suscettibilità alle infezioni e queste ultime, a loro volta, peggiorano il controllo glicemico o contribuiscono allo sviluppo della malattia metabolica

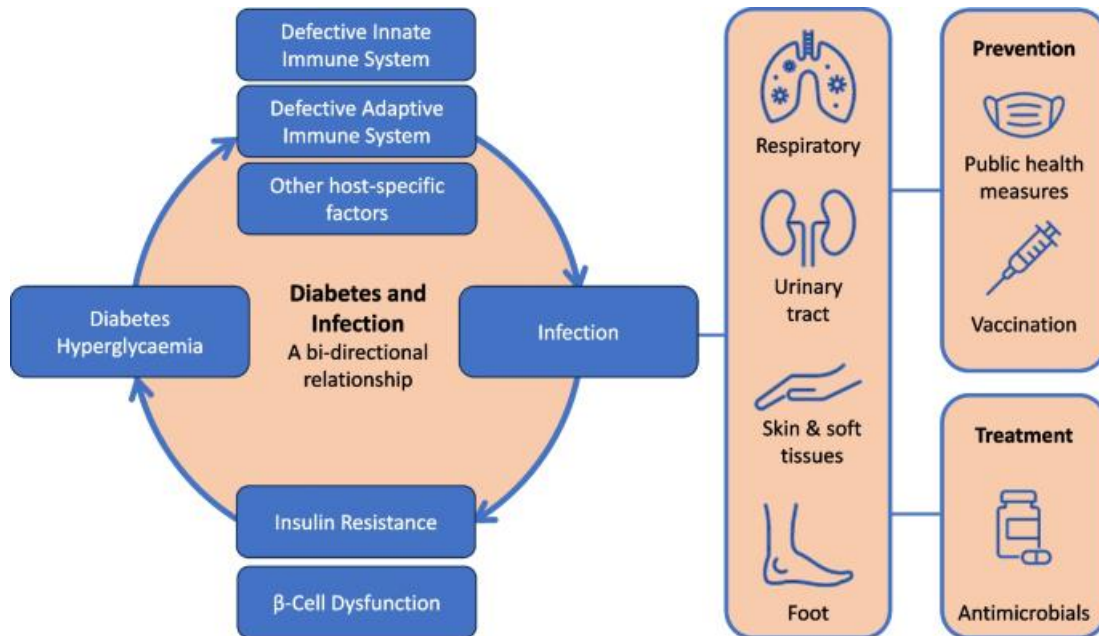


Figura 2
Holt et al (2024) Diabetologia DOI 10.1007/s00125-024-06102-x

Oltre a una maggiore suscettibilità alle infezioni, i pazienti diabetici manifestano anche un rischio significativamente più elevato di sviluppare complicanze gravi. In caso di infezione influenzale, il rischio di ospedalizzazione risulta fino a sei volte superiore rispetto a quello osservato nella popolazione non diabetica e la probabilità di mortalità per complicanze correlate all'influenza è circa tre volte maggiore (Basevi et al., 2011).

Alla luce di queste evidenze, la vaccinazione rappresenta una strategia di prevenzione primaria fondamentale per le persone affette da diabete mellito e rientra negli interventi raccomandati dalle principali società scientifiche nazionali ed internazionali.

1.2 Le vaccinazioni raccomandate nel diabete mellito

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'Unione Europea raccomandano per i pazienti diabetici un protocollo di vaccinazioni che include, tra le principali, antiinfluenzale, anti-pneumococcica, anti-herpes zoster, anti-SARS-CoV-2, antimeningococcica e antiepatite B (Istituto Superiore di Sanità *Epicentro: Diabete Aspetti epidemiologici* e Mastrovito et al., 2024).

Secondo il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-25 (Intesa Stato Regioni del 3/8/2023) le persone con diabete mellito rientrano tra i gruppi a rischio per i quali è raccomandata ed offerta la vaccinazione col fine di prevenire complicanze infettive e ricoveri ospedalieri.

La vaccinazione antinfluenzale stagionale rappresenta uno degli interventi preventivi più efficaci nei pazienti diabetici. Metanalisi di studi osservazionali mostrano una riduzione della mortalità e delle ospedalizzazioni per polmonite nei soggetti vaccinati (Bechini et al., 2020).

Nonostante le raccomandazioni, i dati del sistema sorveglianza P.A.S.S.I. del 2020 indicano che in Italia, la copertura vaccinale contro l'influenza tra i pazienti diabetici di età compresa tra i 18 e 64 anni, è pari al 32 %.

Se consideriamo i più recenti dati aggregati riferiti alle patologie croniche, risulta che in Italia nel biennio 2022/23 solo il 13% degli adulti tra i 18 e i 64 anni ha ricevuto la vaccinazione antinfluenzale, ma sale al 76% per gli ultrasessantacinquenni affetti da patologie croniche.

Uno studio condotto nel 2020 su una popolazione di 251 pazienti diabetici seguiti dal Centro diabetologico dell'Ospedale S. Raffaele di Milano, ha evidenziato che la copertura vaccinale contro l'influenza stagionale auto-dichiarata è stata del 36%, ma è scesa al 21,7% se si considerano i registri regionali di immunizzazione; in entrambi i casi molto al di sotto dell'obiettivo di copertura del 75%. Più di un terzo il 36,2% dei pazienti con diabete di tipo 1 è stato classificato come pro-vaccino, il 30,7% come esitante, il 17,9% come disinformato e il 15,1% come anti-vaccino (Dalla Giacoma G. et al., 2021).

Una recente indagine dell' Associazione Medici Diabetologi (AMD) ha evidenziato attraverso una survey che indagava i comportamenti vaccinali di 430 italiani con diabete, che meno di quattro pazienti su dieci eseguono le vaccinazioni raccomandate, con tassi più alti solo per le profilassi contro l'influenza ed il Covid (Istituto Superiore di Sanità -ISS- *Epicentro: Diabete – Aspetti epidemiologici*). Sempre lo stesso studio mostra che sono consapevoli di doversi proteggere dalle infezioni più note e ricorrenti (influenza e Covid), mentre rimane molto basso il livello di guardia per altre patologie: meno del 40% si è sottoposto alle vaccinazioni per pneumococco, herpes zoster e meningite (Istituto Superiore di Sanità, 2024; AMD, 2023).

In Piemonte, per aumentare l'aderenza alle vaccinazioni nelle categorie a rischio con focus sulla triade influenza - pneumococco e Herpe Zoster, sono stati implementati progetti di medicina di iniziativa che hanno coinvolto i Medici di Medicina Generale evidenziando nel 2023 un incremento delle somministrazioni di vaccino per l'Herpes Zoster rispetto agli anni precedenti (Torino, Regione Piemonte Marzo 2024).

Risulta difficile individuare il dato specifico inerente all'adesione dei pazienti con diabete alle vaccinazioni raccomandate e ancora di più riuscire a distinguere tra diabete tipo 1 e tipo 2 in quanto, sia i report di P.A.S.S.I. sia quelli ministeriali dell' Anagrafe Nazionale Vaccini, sono suddivisi per grandi categorie di rischio e riportano dati aggregati per "patologie croniche" complessive, non distinti per singole patologie.

1.3 Analisi del contesto ASL CN2

L'azienda sanitaria locale CN2, presenta una popolazione di 168.764 abitanti (31/12/2024). Il territorio comprende 75 comuni articolati funzionalmente in due distretti: distretto n.1 di Alba e distretto n.2 di Bra distribuiti su una superficie prevalentemente collinare di 1.122 kmq, con aree di difficile percorrenza. La speranza di vita alla nascita risulta superiore agli 80 anni. La popolazione anziana è in aumento, con un indice di vecchiaia pari a 198 nel 2023, inferiore alla media regionale di 232.

L'età media della popolazione è di 46,1 anni. La percentuale degli ultrasessantacinquenni, 24,6% del totale, rispecchia la media nazionale e la percentuale di coloro che risultano essere affetti da comorbilità è elevata.

La S.S Vaccinazioni, facente parte del Dipartimento di Prevenzione, è organizzata su due strutture all'interno degli ex presidi ospedalieri di Alba e Bra, ora poli delle Case della Comunità Hub, e su cinque presidi distrettuali : Bossolasco, Canale, Cortemilia, Magliano Alfieri e Santo Stefano Belbo.

La Struttura Semplice Dipartimentale (S.S.D.) di Endocrinologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche svolge la sua attività nell'ambito dell'area territoriale dell'Asl CN2 nelle Case della Comunità Hub di Alba e Bra e in quelle Spoke di Canale, Cortemilia, Montà e Santo Stefano Belbo. (Atto Aziendale dell'ASL CN2 Alba -Bra <https://www.aslcn2.it/>)

1.4 L'aderenza vaccinale delle persone affette da diabete nell'ASL CN2

Le persone affette da diabete, residenti in ASL CN2, che hanno avuto almeno un accesso alla S.S.D. Endocrinologia , Diabetologia e Malattie Metaboliche nel periodo temporale 14/4/24 - 14/4/2025 , sono in totale 2930. Al fine della realizzazione del suddetto progetto pilota è stata presa in esame metà della popolazione target considerata.

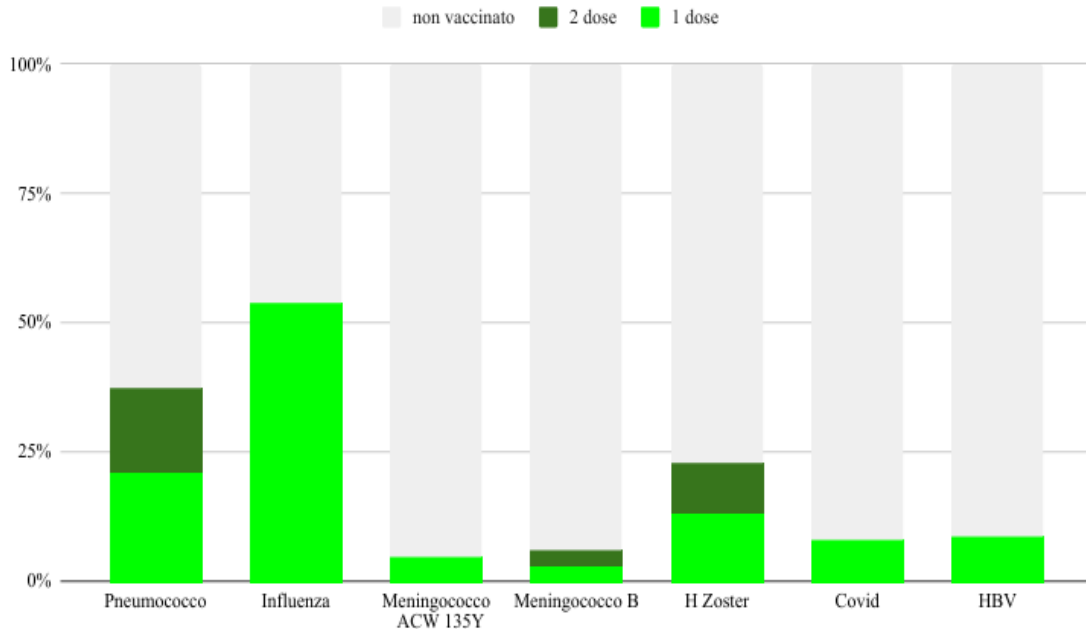
I dati raccolti su 1465 pazienti diabetici, ottenuti tramite la piattaforma regionale S.I.R.V.A., confermano l'andamento nazionale : i pazienti diabetici mostrano una maggiore aderenza alla vaccinazione antinfluenzale (54%), mentre si osserva una progressiva riduzione dell'adesione ai vaccini contro il SARS-CoV-2, con una copertura vaccinale residua pari solo al 8%.

La vaccinazione anti-pneumococcica mostra percentuali contenute: solo il 21,4% ha ricevuto almeno una dose e appena il 16% ha completato il ciclo a due dosi, nonostante la sua rilevanza nella prevenzione di infezioni respiratorie gravi in soggetti cronici.

I livelli di adesione risultano ancora più bassi per altri vaccini raccomandati nella popolazione diabetica (Grafico 1)

Grafico 1 Analisi aderenza vaccinale pazienti con diabete ASL CN2

Analisi aderenza vaccinale 1465 pazienti diabetici S.S.D. Endocrinologia e diabetologia Asl CN2



A una prima lettura, i dati raccolti su metà della popolazione target considerata confermano quanto già evidenziato dalla letteratura nazionale, mettendo in luce una marcata eterogeneità nei livelli di adesione alle diverse vaccinazioni raccomandate per la popolazione diabetica. In particolare, a fronte di una discreta copertura per la vaccinazione antinfluenzale, si osserva una significativa riduzione dell'adesione alle altre profilassi previste dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale, soprattutto per i vaccini anti-pneumococcico, anti-Herpes Zoster e anti-SARS-CoV-2.

Tali evidenze quantitative, pur descrivendo l'entità del fenomeno, non consentono di comprendere le motivazioni sottostanti ai comportamenti vaccinali osservati né di esplorare il ruolo delle percezioni, delle convinzioni, delle esperienze e delle dinamiche relazionali che influenzano le scelte vaccinali.

1.5 Quesito di studio e cornice teorica

Attualmente non risultano studi di ricerca qualitativa condotti in Italia che analizzano i fattori facilitanti e ostacolanti l'aderenza alle vaccinazioni della popolazione diabetica e soprattutto che si basino su di una visione integrata che consideri sia le prospettive dei pazienti sia quelle dei professionisti sanitari. La maggior parte delle evidenze italiane si basa su studi quantitativi, indagini epidemiologiche e raccomandazioni cliniche. Manca una comprensione approfondita delle motivazioni personali, delle percezioni e delle barriere che influenzano l'aderenza vaccinale nei pazienti diabetici in Italia soprattutto per quel che riguarda le vaccinazioni meno conosciute quali anti-meningococco, anti H. Zoster, anti-pneumococco ed epatite B.

Pertanto, l'assenza di studi di ricerca qualitativa e le percentuali di adesione riscontrate, avvalorano la necessità di approfondire il fenomeno attraverso un progetto pilota di ricerca qualitativa, volto a esplorare in modo sistematico i fattori che influiscono sull'aderenza alle vaccinazioni raccomandate dal P.N.P.V. 2023-2025, secondo una visione integrata che tenga conto sia del punto di vista dei pazienti diabetici sia di quello dei professionisti sanitari operanti nel contesto dell'ASL CN2. Il suddetto progetto, attraverso interviste semi-strutturate sia ai pazienti diabetici che agli operatori sanitari del settore, potrà altresì offrire spunti preziosi per sviluppare interventi mirati e strategie di comunicazione efficace.

Quali sono i fattori percepiti dai pazienti diabetici e dai professionisti sanitari dell'ASL CN2 come facilitanti o ostacolanti l'aderenza alle vaccinazioni raccomandate dal P.N.P.V. 2023/2025 ?

Studio fenomenologico descrittivo: disegno di ricerca qualitativa finalizzato ad esplorare e comprendere le esperienze di vita delle persone in relazione ad uno specifico fenomeno, così come è percepito da loro senza interpretazioni teoriche o preconcetti. L'obiettivo dello studio è cogliere l'essenza dell'esperienza soggettiva attraverso le parole dei loro racconti restando il più possibile fedeli al loro punto di vista. Si fonda sui principi della fenomenologia husserliana, secondo la quale il ricercatore deve sospendere il giudizio, "mettere tra parentesi" le proprie personali convinzioni per poter accedere al significato autentico del vissuto dell'altro (*Bracketing*).

Lo studio qualitativo descrittivo sarà condotto con un *approccio fenomenologico per i pazienti* ed un *approccio esplorativo tematico per i professionisti sanitari*. Si è scelto di indagare l'argomento attraverso questo metodo per esplorare le esperienze soggettive della persona assistita, cogliendo la complessità delle percezioni, delle motivazioni e dei vissuti legati all'adesione vaccinale.

Contemporaneamente si è scelto di analizzare, nella popolazione dei professionisti sanitari, la loro esperienza clinica ponendo il focus su ruolo informativo e educativo, collaborazioni interprofessionali ed ostacoli organizzativi

2. OBIETTIVI

2.1 Obiettivo principale

Analizzare i fattori favorenti e ostacolanti l'aderenza alle vaccinazioni raccomandate dal P.N.P.V. 2023/25 nella popolazione dei pazienti diabetici residenti nel territorio dell'ASL CN2 attraverso un approccio qualitativo fenomenologico descrittivo, secondo una visione integrata persona assistita – professionista sanitario.

Declinazione obiettivo con l'acronimo EPPiC:

Emphasis: fattori che favoriscono o ostacolano l'aderenza vaccinale alle vaccinazioni raccomandate dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025.

Purposeful sampling: persone con diabete mellito e professionisti sanitari coinvolti nel percorso di prevenzione (medici di medicina generale, diabetologi, infermieri, infermieri di famiglia e medici ospedalieri).

Phenomenon of Interest: prospettiva soggettiva dei pazienti e professionale degli operatori sanitari

Context: Case della Comunità, Servizio di Sanità e Igiene Pubblica e Medicina Interna dell'ASL CN2

2.2 Obiettivi specifici

Di seguito i quattro obiettivi specifici del presente lavoro:

- Esplorare le esperienze vissute dai pazienti diabetici in relazione alle vaccinazioni raccomandate.

- Indagare i significati attribuiti alla pratica vaccinale e alla prevenzione.
- Comprendere il ruolo di barriere culturali, informative, relazionali e organizzative nell'aderenza.
- Acquisire il punto di vista dei professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza (medico di medicina generale, diabetologi, infermieri, infermieri di famiglia, medici ospedalieri, medici del S.I.S.P.), in quanto attori chiave nella promozione e gestione dell'offerta vaccinale

3. MATERIALI E METODI

3.1 Popolazione in studio e criteri di eleggibilità

Popolazione diabetica

Persone con diagnosi di diabete mellito prese in carico dalla S.S.D. Endocrinologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche dell' ASL CN2 che abbiano avuto almeno un accesso presso l'ambulatorio di Diabetologia nell'arco temporale 14/4/2024 - 14/4/2025 2025.

Numerosità campionaria teorica: da un minimo di 4 a un massimo di 8 seguendo in ogni caso il criterio della saturazione dei contenuti

Personale sanitario

- Medici di Medicina Generale operanti nel territorio dell' ASL CN2, medici del S.I.S.P., medici del S.S.D. Diabetologia ed Endocrinologia e Malattie Metaboliche e medici ospedalieri del reparto di Medicina Interna.
- Infermieri di famiglia e comunità, infermieri delle Cure Primarie, infermieri della S.S. Vaccinazioni, infermieri dell'ambulatorio di Diabetologia e Coordinatori infermieristici

Numerosità campionaria teorica: da un minimo di 8 a un massimo di 18 seguendo in ogni caso il criterio della saturazione dei contenuti.

3.2 Criteri di inclusione ed esclusione

Criteri di inclusione

Popolazione diabetica

- Diagnosi di diabete mellito
- Età \geq 18 anni
- In carico al servizio di Diabetologia nel periodo 14/4/2024 – 14/4/2025
- Capacità di esprimersi in lingua italiana
- Sottoscrizione del consenso informato

Personale sanitario

- Almeno un anno di esperienza lavorativa
- Dipendenti dell'ASL CN2
- Sottoscrizione del consenso informato

Criteri di esclusione:

Popolazione diabetica

- Persone che negli ultimi tre mesi hanno avuto un ricovero ospedaliero
- Persone che abbiano vissuto esperienze traumatiche recenti (lutto, malattie gravi in famiglia) che possano interferire con l'intervista.
- Persone seguite dall'ambulatorio di Diabetologia ma NON residenti nel territorio dell'ASL CN2
- Persone che hanno rifiutato sistematicamente le vaccinazioni obbligatorie previste dal calendario vaccinale nazionale

Personale sanitario

- Medici ed infermieri con diagnosi di diabete mellito
- Medici ed infermieri no vax

3.3 Metodo di campionamento

La selezione del campione è avvenuta seguendo il criterio *propositivo intenzionale di massima variazione* permettendo di scegliere intenzionalmente, sia nella popolazione dei pazienti diabetici sia tra i professionisti sanitari, partecipanti che hanno offerto un'ampia variabilità nelle dimensioni del fenomeno di interesse. La metodologia del campionamento a massima variazione ha permesso di esplorare l'ampiezza e la complessità del fenomeno, facilitando l'identificazione di cluster tematici ricorrenti e aspetti condivisi tra pazienti e professionisti sanitari.

3.4 Tecniche e modalità di raccolta dati

La raccolta dati è stata realizzata attraverso interviste semi-strutturate faccia a faccia audio-registrate con il supporto di tracce differenziate per i pazienti e per i professionisti sanitari (*Allegato 1 e 2*).

Le tracce di intervista sono state realizzate sulla base dei principali domini tematici ricorrenti nella letteratura inerente aderenza ed esitazione vaccinale, che includono conoscenze, atteggiamenti, percezione del rischio, fonti informative e ruolo dei professionisti sanitari. Non essendo stato individuato uno strumento standardizzato specificatamente validato per esplorare i fattori favorenti ed ostacolanti l'aderenza vaccinale nei pazienti con diabete mellito, sono state elaborate due topic guide ad hoc ispirate a precedenti studi qualitativi e survey presenti in letteratura. I temi esplorati risultano inoltre coerenti con i principali modelli teorici utilizzati per l'analisi dell'aderenza vaccinale, quali Health Belief Model e il modello dell'esitazione vaccinale proposto dall'OMS, pur non configurandosi lo strumento come un questionario teoricamente strutturato.

La presenza di una buona traccia all'intervista consente al ricercatore di orientarsi verso le questioni centrali dell'indagine, supportandolo nella riformulazione delle domande e nell'utilizzo di tecniche esplorative quali richieste di chiarimento e approfondimento, al fine di ottenere il massimo numero di informazioni rilevanti (Kallio et al., 2016). È stata scelta questa tecnica in quanto il fenomeno oggetto della ricerca non è direttamente osservabile e richiede l'esplorazione dei vissuti, delle percezioni e dei significati attribuiti dai partecipanti (Creswell Poth, 2018).

Per quanto riguarda i pazienti il ricercatore ha avuto la possibilità di esplorare a fondo il vissuto personale, le conoscenze, gli ostacoli e le fonti informative rispetto al fenomeno di interesse.

Nel caso dei professionisti sanitari l'attenzione si è focalizzata sull'esperienza clinica, sulle osservazioni inerenti ai comportamenti dei pazienti, sulla collaborazione interprofessionale e sugli aspetti organizzativi legati alla promozione della prevenzione vaccinale. In entrambe le categorie di partecipanti allo studio il ricercatore ha adottato una conduzione dell'intervista volta a stimolare il dialogo e la libera espressione dell'esperienza vissuta.

L'utilizzo dell'intervista semi strutturata risulta coerente con l'approccio fenomenologico descrittivo, in quanto consente di valorizzare la narrazione autentica dei partecipanti, mantenendo una postura di ascolto empatico e sospensione del giudizio da parte del ricercatore (Bracketing), elemento centrale della fenomenologia descrittiva (Giorgi, 2009 ; Polit, D.F. e Beck, C.T. 2021).

L'arruolamento, come già dichiarato nel paragrafo dedicato alla modalità di campionamento, è di tipo *propositivo intenzionale di massima variazione*.

Per quanto riguarda la popolazione diabetica, con la collaborazione del personale infermieristico del servizio di Diabetologia dell'ASL CN2 e attraverso l'utilizzo del programma regionale Meta Clinic, sono stati individuati tra le persone con diagnosi di diabete in carico al servizio di Diabetologia Endocrinologia e Malattie del metabolismo, otto partecipanti al progetto pilota. Le persone assistite sono state contattate telefonicamente tramite l'intermediazione del personale infermieristico del servizio di diabetologia verificando preventivamente che avessero fornito il consenso alla comunicazione telefonica. Durante il contatto è stata concordata data, orario e luogo per lo svolgimento dell'intervista all'interno della Casa della Comunità in occasione della visita di controllo presso l'ambulatorio di Diabetologia o presso l'ambulatorio della cronicità gestito dagli Infermieri di Famiglia e Comunità. Le otto interviste sono state registrate nel mese di Gennaio 2026 ed hanno avuto una durata media di sei minuti, con un'intervista durata quattro minuti e una otto minuti.

Prima dell'avvio dell'intervista è stata raccolta l'informativa ed il consenso al trattamento dei dati personali (*Allegato 3*). Nell'informativa viene dettagliatamente esplicitato che i dati, associati ad un codice di identificazione, saranno raccolti ed utilizzati esclusivamente al fine dell'elaborazione e della stesura della tesi di laurea e che la registrazione sarà cancellata entro un mese dalla discussione della tesi.

Prima di iniziare la registrazione si ribadiscono gli obiettivi dello studio, la modalità di conduzione dell'intervista e il contributo che i risultati possono dare nell'incrementare la percentuale di aderenza vaccinale della popolazione diabetica riducendone il rischio di morbilità e mortalità. Il ricercatore conferma inoltre i diritti del partecipante, inclusa la libertà di uscire dallo studio in qualsiasi momento.

Tutte le interviste sono iniziate con domande di carattere generale per consentire all'intervistato di raccontarsi in modo più naturale possibile. In seguito, sono state poste le domande guida (*Allegato 1*) in funzione di specifici temi da indagare:

- le conoscenze riguardo alle vaccinazioni raccomandate;
- i fattori che hanno influenzato la decisione di aderire o di non aderire alle vaccinazioni;
- da chi ha ricevuto le informazioni circa le raccomandazioni del P.N.P.V. 2023-25
- in che modo l'ambiente e le persone che lo circondano hanno influito sulle sue decisioni ;
- eventuali risvolti sulla sua salute ;
- in che modo il personale sanitario (infermiere e/o medico) con cui è venuto in contatto ha avuto un impatto positivo o negativo al riguardo.

Le interviste condotte ai pazienti sono state analizzate considerando la popolazione delle persone affette da diabete come un unico gruppo, in quanto il progetto pilota non aveva finalità comparative fra sottogruppi clinici, ma mirava ad esplorare complessivamente l'esperienza vissuta rispetto al tema dell'aderenza vaccinale. Le differenze individuali sono state considerate come parte della variabilità dell'esperienza (*Allegato 5*).

I partecipanti appartenenti alla categoria del personale sanitario dell'ASL CN2, sono stati selezionati personalmente dal ricercatore tenendo in considerazione anzianità di servizio, formazione e sede di lavoro.

Tutti i professionisti sanitari contattati personalmente hanno intenzionalmente accettato di partecipare. Tramite mail aziendale sono stati inoltrati il modulo di informativa e consenso al trattamento dei dati sensibili (*Allegato 3*) e il progetto tesi al fine di illustrare nel dettaglio le fasi e dividerne gli obiettivi.

Le registrazioni delle interviste sono state realizzate nei mesi di novembre-dicembre 2025 presso i locali delle Case di Comunità del Distretto 1 e 2 dell'ASL CN2, l'Ospedale Michele e Pietro Ferrero di Verduno e, in due casi, presso gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale. Le interviste hanno avuto una durata media di dieci minuti, con un'intervista durata solo sei minuti ed una invece ben ventiquattro.

Prima dell'avvio di ogni intervista è stata raccolta l'informativa ed il consenso al trattamento dei dati personali. Nell'informativa viene dettagliatamente esplicitato che i dati, associati ad un codice di identificazione, saranno raccolti ed utilizzati esclusivamente al fine dell'elaborazione e della stesura della tesi di laurea e che la registrazione sarà cancellata entro un mese dalla discussione della tesi.

Sono stati spiegati nuovamente dal ricercatore gli obiettivi dello studio, la modalità di conduzione dell'intervista e il contributo che i risultati del progetto pilota potranno avere nel guidare l'equipe multidisciplinare nell'implementazione di nuove strategie organizzative volte a incrementare la percentuale di aderenza vaccinale della popolazione diabetica.

Anche con i professionisti sanitari l'intervista è iniziata con domande di carattere generale per consentire all'intervistato di raccontarsi in modo più naturale possibile. In seguito, sono state poste domande guida (*Allegato 2*) in funzione di specifici temi da indagare:

- conoscenze riguardo alle vaccinazioni raccomandate ai pazienti diabetici ;
- esperienza clinica
- strategie di comunicazione con il paziente diabetico
- collaborazioni interprofessionali tra medici - infermieri nei vari setting di assistenza sia in ospedale che sul territorio

Il ricercatore ha sempre adottato una postura di ascolto attivo e non giudicante, facilitando la narrazione del partecipante.

3.5 Analisi dei dati secondo metodo Colaizzi

Per analizzare i dati raccolti dalle interviste è stata utilizzata l'analisi tematica (Thematic Analysis) secondo il metodo Colaizzi, uno tra i metodi di fenomenologia descrittiva più utilizzati dagli infermieri ricercatori in quanto consente un'analisi sistematica e rigorosa delle esperienze vissute, mantenendo una stretta aderenza ai dati e alla prospettiva dei partecipanti (Colaizzi, 1978; Giorgi, 2009; Polit & Beck, 2021).

La Thematic Analysis è un approccio metodologico intrinsecamente qualitativo, flessibile ed interpretativo in quanto permette di costruire un'analisi ricca e complessa basata su temi che vengono identificati in modo induttivo attraverso l'analisi dei dati e non stabiliti a priori.

Il processo di analisi dei dati secondo il metodo Colaizzi, si articola in sette fasi sequenziali finalizzate a descrivere in modo rigoroso e sistematico l'essenza del fenomeno indagato a partire dalle narrazioni dei partecipanti.

La metodologia secondo Colaizzi è stata applicata per l'analisi dei dati sia della popolazione dei pazienti che dei professionisti sanitari. Per quanto riguarda i sanitari l'analisi inizialmente è stata condotta separatamente per ciascun gruppo professionale al fine di cogliere le specificità dei vissuti e delle prospettive emerse in ogni ruolo e solo successivamente è stata svolta una sintesi trasversale dei risultati.

Di seguito si descrivono le sette fasi dell'analisi tematica secondo Colaizzi e per ciascuna fase viene inizialmente fornita una breve descrizione metodologica seguita dall'illustrazione di come è stata applicata nel presente progetto pilota.

Fase 1 Lettura globale delle trascrizioni

Prevede l'ascolto e/ o la lettura ripetuta e approfondita delle trascrizioni delle interviste al fine di acquisire una comprensione globale del contenuto e del significato complessivo delle esperienze identificando concetti, idee o schemi ricorrenti importanti.

Il ricercatore ha trascritto integralmente le interviste audio-registrate e ha effettuato più letture approfondite delle trascrizioni, al fine di acquisire una comprensione globale del contenuto e del significato complessivo delle narrazioni.

Per la popolazione del personale sanitario le trascrizioni e le letture ripetute sono state fatte non in ordine sparso ma rispettando la singola professione sanitaria.

Fase 2 Estrazione di unità significative

Vengono identificate e si estraggono le frasi significative e rilevanti, ovvero tutte le espressioni che risultano direttamente pertinenti al fenomeno oggetto di studio.

Sono state individuate e selezionate in modo sistemico da ogni singola intervista le affermazioni più significative riportandole integralmente nella sezione dei risultati.

Per facilitare la successiva fase riguardante la formulazione dei significati, il ricercatore ha individuato le affermazioni tenendo in considerazione i macro-argomenti indagati secondo le topic guide (*Allegato 1 e 2*).

Fase 3 Formulazione di significati

In questa fase delicata il ricercatore parafrasa e interpreta le affermazioni significative per ricavarne un significato implicito mantenendo sempre un atteggiamento di sospensione del giudizio (Bracketing) e restando il più possibile aderente ai dati originali.

Per ciascuna affermazione significativa il ricercatore ha formulato un significato interpretativo, mantenendo un atteggiamento di sospensione del giudizio e restando il più possibile aderente ai contenuti espressi dai partecipanti.

Fase 4 Raggruppamento in temi

I significati vengono organizzati in cluster tematici identificando somiglianze e ricorrenze, attraverso un processo di confronto e aggregazione che consente di individuare pattern ricorrenti e temi emergenti.

I significati formulati sono stati successivamente confrontati e raggruppati in cluster tematici, attraverso un processo di analisi comparativa volto a individuare pattern ricorrenti e relazioni tra i contenuti emersi.

Fase 5 Sviluppo di una descrizione esaustiva

Si costruisce una descrizione completa del fenomeno che includa tutti i temi identificati, mantenendo un linguaggio vicino al vissuto dei partecipanti.

A partire dai cluster tematici, il ricercatore ha elaborato una descrizione articolata e comprensiva del fenomeno studiato, integrando tutti i temi emersi dall'analisi.

Fase 6 Descrizione fondamentale della struttura del fenomeno

Prevede la formulazione della struttura fondamentale del fenomeno, attraverso una sintesi descrittiva che ne coglie l'essenza.

La descrizione esaustiva è stata ulteriormente sintetizzata in temi al fine di identificare la struttura fondamentale del fenomeno, espressa in una formulazione concisa che ne coglie l'essenza.

Fase 7 Member checking

Consiste nella validazione dei risultati attraverso il confronto con i partecipanti (member checking), al fine di verificare la congruenza tra l'interpretazione del ricercatore e l'esperienza vissuta dagli intervistati.

Nel presente studio, configurato come progetto pilota, la settima fase non è stata ancora sviluppata. I risultati ottenuti nelle prime sei fasi dell'analisi saranno utilizzati come base per una futura fase di validazione con i partecipanti, prevista nell'eventuale prosecuzione dello studio.

4. RISULTATI

4.1 Risultati popolazione dei professionisti sanitari

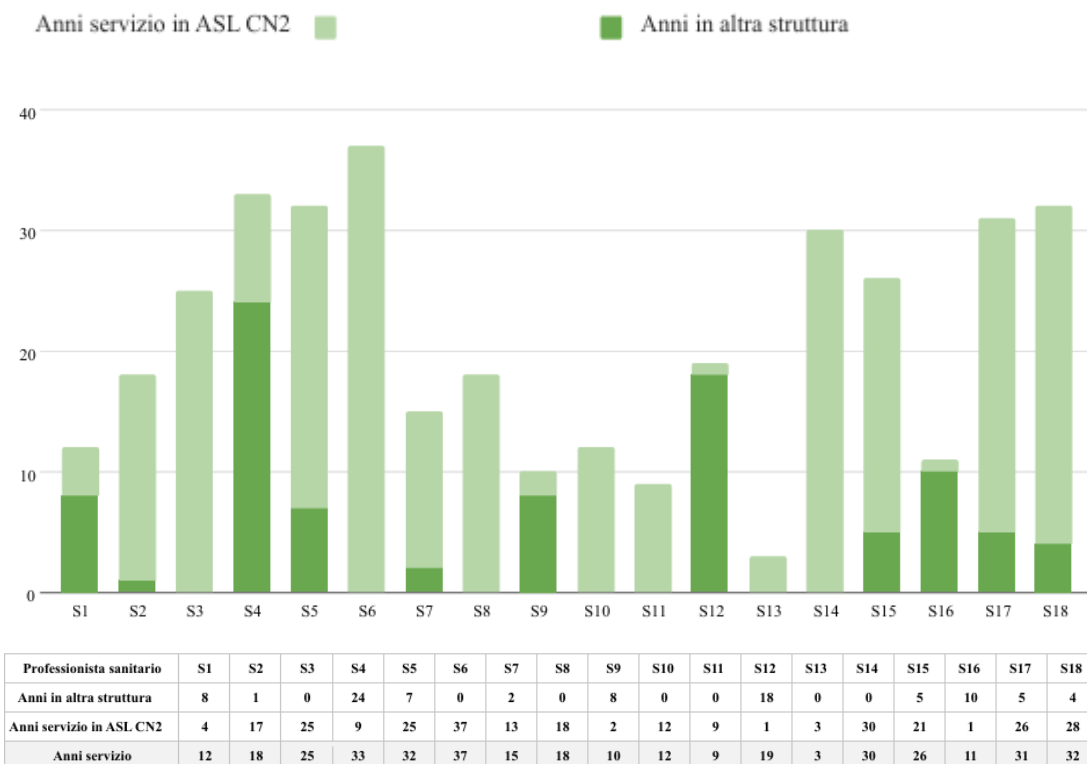
4.1.1 Descrizione della popolazione dei professionisti sanitari

Di seguito vengono descritte le caratteristiche della popolazione dei professionisti sanitari che hanno partecipato al progetto pilota, al fine di contestualizzare i risultati dell'analisi tematica.

La popolazione dei professionisti sanitari è composta da 18 partecipanti di cui il 66,7% di sesso femminile ed il 33,3% di sesso maschile.

Per quanto riguarda l'età anagrafica la distribuzione mostra una prevalenza di professionisti nelle fasce di età più mature : il 50,0% dei partecipanti ha un 'età pari o superiore ai 51 anni, mentre il 38,9% si colloca nella fascia 41-50 anni. Le fasce più giovani risultano meno rappresentate con 1 partecipante nella fascia 20-30 e 1 nella fascia 31-40.

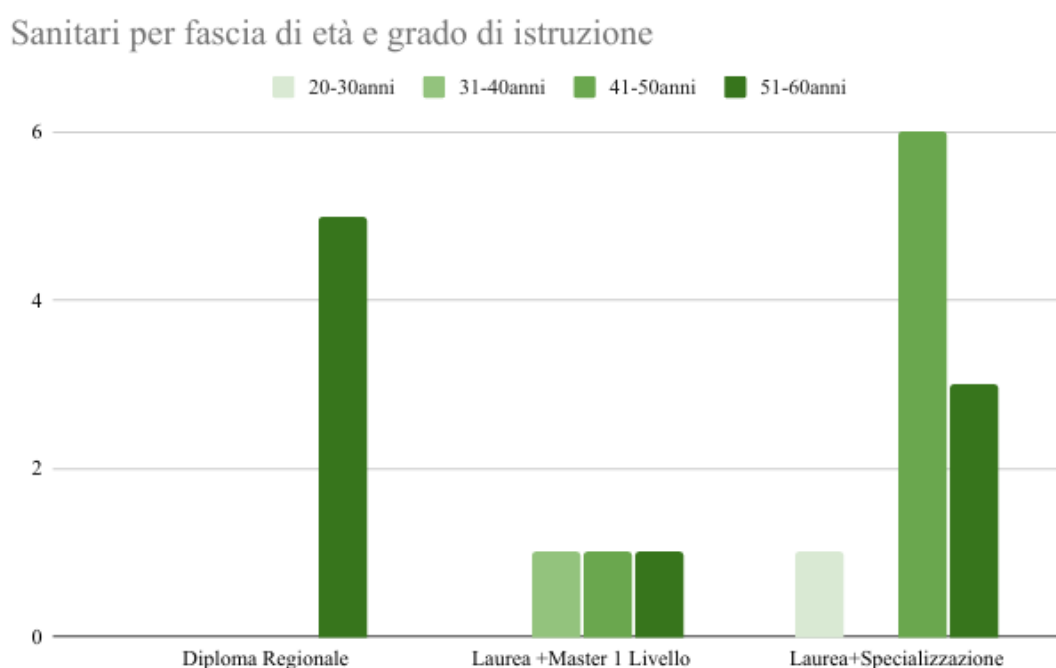
Grafico 2 Caratteristiche della popolazione dei professionisti sanitari (n=18)



Il 66,6 % di partecipanti riferisce di lavorare da più di 15 anni e di questi il 55,4 % da oltre 15 anni in ASL CN2, azienda sanitaria in cui si è svolto il progetto pilota (Grafico2).

Per quanto riguarda il livello di formazione, la popolazione dei professionisti sanitari presenta un profilo formativo complessivamente elevato. Oltre metà del campione (55,6%) possiede una laurea magistrale o una specializzazione e, se consideriamo esclusivamente la popolazione infermieristica rappresentata da 10 partecipanti, 3 possiedono un master di 1 livello e 2 una laurea magistrale (Grafico 3) .

Grafico 3 Caratteristiche della popolazione dei professionisti sanitari (n=18) Età e istruzione



Grado istruzione	20-30anni	31-40anni	41-50anni	51-60anni	Totale generale
Diploma Regionale				5	5
Laurea + Master 1 Livello		1	1	1	3
Laurea + Specializ	1		6	3	10
Totale generale	1	1	7	9	18

Si può quindi affermare che la distribuzione riflette un gruppo di professionisti sanitari con elevata formazione ed esperienza professionale, elementi coerenti con la ricchezza e la profondità delle narrazioni emerse durante le interviste.

4.1.2 Analisi tematica professionisti sanitari : dalla Fase 1 alla Fase 5

Il processo di analisi dei dati secondo metodi Colaizzi, dalla lettura globale delle trascrizioni (Fase 1) sino allo sviluppo di una descrizione esaustiva del fenomeno (Fase 5), è stato inizialmente condotto separatamente per ciascuna delle nove sottoclassi di professionisti sanitari coinvolti nel progetto pilota (*Allegato 4*).

Successivamente, le nove descrizioni esaustive ottenute sono state integrate in una descrizione complessiva del fenomeno (Fase 5) che ha permesso di individuare temi comuni trasversali alle diverse sottoclassi professionali.

Tale processo di sintesi ha consentito di pervenire ad una formulazione concisa dei temi principali, finalizzata all'identificazione della struttura fondamentale e dell'essenza del fenomeno oggetto di studio (Fase 6)

4.1.3 Analisi tematica: descrizione esaustiva del fenomeno (Fase 5 complessiva)

Sintesi narrativa dei cluster tematici di tutta la popolazione dei professionisti sanitari

Dall'analisi tematica secondo il metodo di Colaizzi, condotta singolarmente sulle interviste di ogni gruppo di professionisti sanitari dell'ASL CN2, emerge un quadro complesso e articolato dei fattori che possono influire sull'aderenza dei pazienti con diabete mellito alle vaccinazioni raccomandate dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-2025.

Trasversalmente ai diversi gruppi professionali, la **prevenzione vaccinale** viene riconosciuta come un ambito rilevante della presa in carico del paziente cronico, ma non integrata in modo sistematico nella pratica clinica quotidiana. La vaccinazione del paziente diabetico appare spesso collocata in una posizione marginale rispetto alle priorità assistenziali, dominate dalla gestione dell'acuzie, dalla mancanza di tempo, dalla complessità terapeutica e dal controllo metabolico. Tale scollamento tra consapevolezza teorica e agire pratico è ricorrente in tutti i setting assistenziali, sebbene con declinazioni differenti.

Un elemento fortemente ricorrente è rappresentato dalla **percezione del ruolo professionale**.

Medici ospedalieri, specialisti e infermieri riconoscono l'importanza della prevenzione vaccinale, ma tendono a delegarne la responsabilità ad altre figure, in particolare al Medico di Medicina Generale o alla S.S. Vaccinazioni, mentre questi ultimi ritengono sia responsabilità del medico specialista informare e educare alla prevenzione i propri assistiti. Certo è che la delega contribuisce a frammentare il percorso di prevenzione, generando discontinuità informative ed operative che il paziente potrebbe percepire come mancanza di coerenza del Servizio Sanitario Nazionale. Parallelamente, emerge un **gap formativo diffuso**. Le conoscenze relative alle vaccinazioni raccomandate ai pazienti diabetici risultano spesso parziali e focalizzate prevalentemente su influenza e Covid-19, mentre i vaccini meno noti (pneumococco, herpes zoster, meningococco, epatite B) sono scarsamente conosciuti o associati a incertezze riguardo alle indicazioni per età e tipologia di diabete. Questa insicurezza professionale limita la capacità di svolgere un counselling vaccinale efficace e rinforza l'atteggiamento di rinvio ad altri servizi. Le **barriere organizzative** rappresentano un ulteriore nodo critico. L'assenza di strumenti strutturati (cartelle cliniche con sezioni dedicate all'anamnesi vaccinale, accesso condiviso alle piattaforme informative, percorsi codificati), la carenza di tempo dedicato al counselling e la scarsa integrazione tra servizi ospedalieri, territoriali e di prevenzione ostacolano la possibilità di una presa in carico proattiva e continuativa del paziente diabetico. Dal punto di vista relazionale e comunicativo, i professionisti descrivono il **paziente diabetico** come spesso sovraccarico da richieste assistenziali, con una **ridotta percezione del rischio** infettivo e una tendenza a considerare il diabete come una condizione "controllabile", che non richiede ulteriori interventi preventivi. Tale atteggiamento risulta ulteriormente aggravato dal contesto post-pandemico, caratterizzato da diffidenza verso i vaccini, confusione informativa e stanchezza decisionale. Nonostante le criticità, emergono anche **strategie facilitanti** condivise fra medici ed infermieri: il valore della relazione di fiducia con il professionista sanitario, il peso decisionale attribuito sia ai medici di medicina generale sia ai medici specialisti, l'efficacia degli interventi di prossimità, la continuità assistenziale delle cure domiciliari e soprattutto il potenziale ruolo degli infermieri di famiglia, degli infermieri delle cure primarie e anche dei caregiver.

I professionisti sottolineano la necessità di un approccio multiprofessionale, integrato e coerente, in cui la prevenzione vaccinale diventi parte strutturale della gestione della cronicità e non un atto accessorio o episodico.

Nel complesso, la descrizione del fenomeno dal punto di vista del personale sanitario operante presso l'ASL CN2 restituisce l'immagine di un sistema sanitario locale consapevole dell'importanza della prevenzione vaccinale nei pazienti diabetici, ma ancora caratterizzato da frammentazione, disallineamento tra ruoli e mancanza di strumenti condivisi, che limitano l'effettiva traduzione delle raccomandazioni nella pratica clinica quotidiana.

4.1.4 Analisi tematica : descrizione fondamentale della struttura del fenomeno (Fase 6)

Dalla sintesi dei cluster tematici emergono alcuni **Temi principali**, intesi come strutture fondamentali dell'esperienza vissuta dai professionisti sanitari rispetto alla promozione vaccinale nei pazienti diabetici.

Tema 1 La prevenzione vaccinale come responsabilità riconosciuta ma non interiorizzata

Medici ed infermieri riconoscono la rilevanza della vaccinazione nella prevenzione delle complicanze infettive del diabete, ma faticano a integrarla stabilmente nella pratica clinica quotidiana. La prevenzione rimane spesso concettualmente separata dalla cura, percepita come “altro” rispetto alla gestione della cronicità.

Tema 2 Delegare per proteggersi: frammentazione dei ruoli e discontinuità del percorso

La tendenza a delegare la promozione vaccinale ad altre figure professionali genera un vuoto operativo in cui il paziente rischia di non essere intercettato. La mancanza di una chiara responsabilità condivisa contribuisce alla frammentazione del percorso di prevenzione.

Tema 3 Assenza di conoscenze specifiche ed approfondite : il gap formativo come barriera trasversale

L'insufficiente conoscenza del PNPV e delle vaccinazioni raccomandate limita la sicurezza comunicativa dei professionisti e riduce la qualità del counselling vaccinale, rinforzando atteggiamenti di rinvio e cautela.

Tema 4 Il peso dell'organizzazione: quando il sistema ostacola la prevenzione

La carenza di strumenti, tempi dedicati e integrazione informativa rende difficile trasformare l'intenzione preventiva in azione concreta. L'organizzazione sanitaria, più che facilitare, spesso ostacola l'aderenza vaccinale.

Tema 5 Il paziente diabetico tra sovraccarico, sottovalutazione del rischio ed esitazione post-pandemica

I professionisti descrivono il paziente come affaticato dalla gestione della malattia, poco consapevole del rischio infettivo e influenzato negativamente dal clima di sfiducia generato dalla pandemia, elementi che riducono l'adesione alle vaccinazioni.

Tema 6 La relazione come leva di cambiamento

La fiducia nel professionista sanitario, in particolare nel MMG, nello specialista, rappresenta una delle principali leve facilitanti l'adesione vaccinale. Dove la relazione è continuativa e significativa, la prevenzione diventa più efficace.

Tema 7 Verso un modello integrato di prevenzione nella cronicità

L'essenza del fenomeno converge nella necessità di superare approcci frammentati, promuovendo un modello multiprofessionale, territoriale e proattivo, in cui la vaccinazione sia parte integrante e strutturale della presa in carico del paziente diabetico.

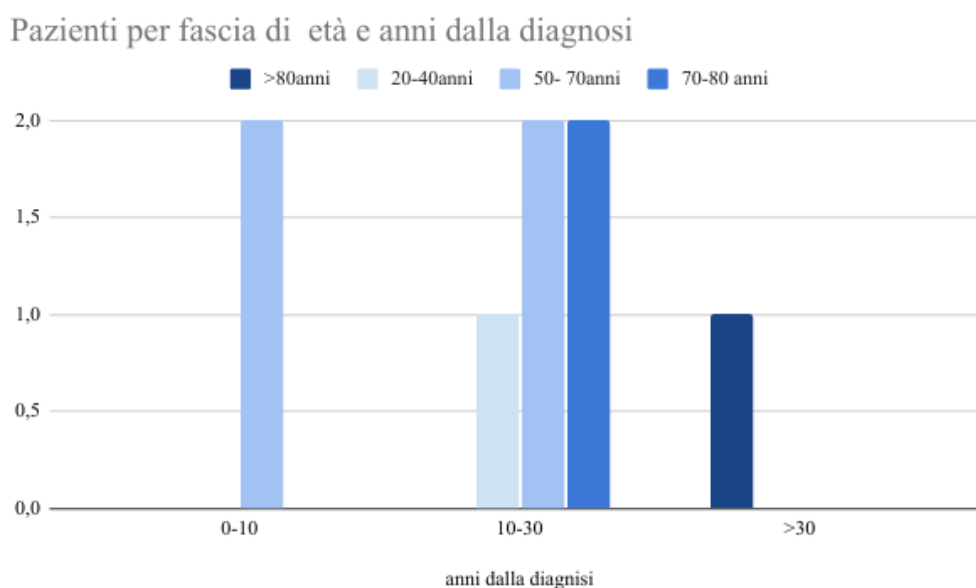
4.2 Risultati popolazione dei pazienti diabetici

4.2.1 Descrizione della popolazione dei pazienti diabetici

La popolazione dei pazienti diabetici inclusa nel progetto pilota è composta da otto partecipanti, prevalentemente di sesso maschile (62,5%). La maggior parte dei pazienti rientra nella fascia di età compresa tra i 50 e i 70 anni (50%), con la presenza di un paziente ultraottantenne (89 anni).

Dal punto di vista occupazionale, il 75% dei partecipanti risulta in pensione, mentre una minoranza è ancora in attività lavorativa o non lavora. La totalità dei pazienti è affetta da diabete di tipo 2 (87,5%), con una durata della malattia variabile da 1 a 37 anni; la metà del campione convive con il diabete da oltre 20 anni (Grafico 4)

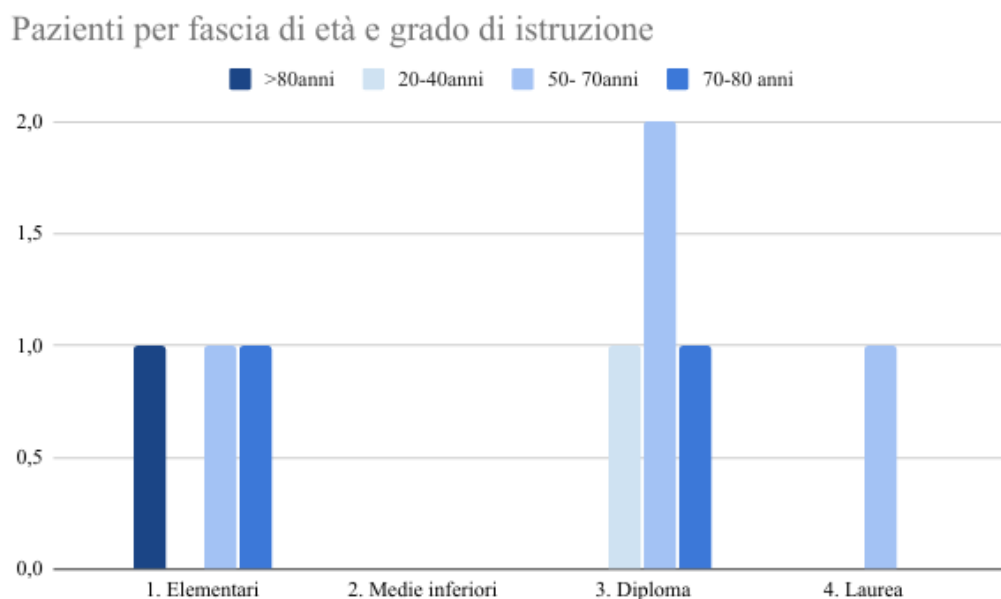
Grafico 4 Caratteristiche della popolazione delle persone assistite (n=8) Età e anni dalla diagnosi



anni dalla diagnosi	20-40anni	50-70anni	70-80 anni	>80anni	Totale generale
0-10		2			2
10-30	1	2	2		5
>30				1	1
Totale generale	1	4	2	1	8

Per quanto riguarda il livello di istruzione, il campione presenta una prevalenza di pazienti con diploma (50%), seguiti da soggetti con licenza elementare (37,5%) e da un solo paziente con titolo universitario (Grafico 5). La maggioranza dei partecipanti vive in nuclei familiari composti da due persone (62,5%).

Grafico 5 Caratteristiche della popolazione delle persone assistite (n=8) Età e grado istruzione



Grado istruzione	20-40anni	50-70anni	70-80 anni	>80anni	Totale generale
1. Elementari		1	1	1	3
2. Medie inferiori					0
3. Diploma	1	2	1		4
4. Laurea		1			1
Totale generale	1	4	2	1	8

4.2.2 Analisi tematica pazienti diabetici : dalla Fase 1 alla Fase 5

Il processo di analisi dei dati della popolazione dei pazienti con diabete mellito, dalla lettura globale delle trascrizioni (Fase 1) sino al raggruppamento in cluster tematici (Fase 4), è stato condotto rispettando il metodo Colaizzi ed è riportato in forma schematica in apposita tabella (*Allegato 5*).

4.2.3 Analisi tematica: descrizione esaustiva del fenomeno (Fase 5)

Sintesi narrativa dei cluster tematici della popolazione dei pazienti affetti da diabete

La maggior parte dei partecipanti riferisce una scarsa o assente conoscenza delle vaccinazioni raccomandate dal PNPV 2023-2025.

In più interviste emerge che le informazioni ricevute riguardano quasi esclusivamente l'antinfluenzale e, in alcuni casi, la vaccinazione anti Covid-19, mentre le altre vaccinazioni risultano del tutto sconosciute se non in caso di partecipanti affetti da altre patologie croniche associate al diabete .

Il medico di medicina generale rappresenta la figura di riferimento principale per l'informazione, al contrario lo specialista diabetologo non appare coinvolto nella promozione della prevenzione. In alcuni casi le informazioni vengono ricevute in modo discontinuo durante gli accessi ospedalieri presso il pronto soccorso o gli ambulatori, ma non secondo un percorso strutturato.

L'atteggiamento manifestato dai partecipanti verso le vaccinazioni risulta generalmente positivo anche se la mancanza di sintomi, la percezione di stare bene e l'assenza di una chiara comunicazione riducono la necessità di sottoporsi alle vaccinazioni previste dal PNPV 2023/25. La vaccinazione viene generalmente percepita come utile e corretta per ridurre il rischio di complicanze e ricoveri ospedalieri; tuttavia, la convinzione non si traduce in un'adesione completa limitandosi quasi esclusivamente all'antinfluenzale.

La decisione è fortemente influenzata dalle esperienze personali, da racconti di terzi, dalle opinioni dei caregiver che possono agire sia come facilitatori che come barriere.

Non emerge mai un rifiuto ideologico, ma piuttosto una disponibilità latente che potrebbe essere attivata attraverso informazioni personalizzate continue e coerenti.

4.2.4 Analisi tematica : descrizione fondamentale della struttura del fenomeno (Fase 6)

Dalla sintesi dei cluster tematici emergono alcuni temi principali, intesi come strutture fondamentali dell'esperienza vissuta dai pazienti rispetto alle vaccinazioni raccomandate e previste dal PNPV 2023/2025.

Tema 1 La vaccinazione riconosciuta come utile, ma non percepita come priorità

I pazienti riconoscono l'importanza generale della vaccinazione, soprattutto nel ridurre la gravità delle infezioni; tuttavia, in assenza di sintomi o complicanze, la prevenzione vaccinale non viene percepita come urgente né prioritaria rispetto ad altre esigenze di salute.

Tema 2 La conoscenza frammentaria come limite all'azione preventiva

La scarsa e discontinua conoscenza delle vaccinazioni raccomandate per il diabete porta i pazienti a restringere la prevenzione quasi esclusivamente all'antinfluenzale. L'assenza di informazioni chiare e strutturate ostacola una scelta consapevole e autonoma.

Tema 3 La relazione con il medico come principale leva decisionale

La decisione vaccinale dipende fortemente dalla relazione di fiducia con il professionista sanitario, in particolare con il Medico di Medicina Generale. In assenza di una raccomandazione esplicita, la vaccinazione tende a non essere effettuata.

Tema 4 Il sentirsi “in buona salute” come falsa protezione

Molti pazienti, pur convivendo con una patologia cronica, si percepiscono come in buona salute e sottovalutano il rischio infettivo. Questa percezione riduce la motivazione a aderire a interventi.

Tema 5 L'esperienza personale come criterio di giudizio

Esperienze dirette o racconti di terzi (familiari, conoscenti) influenzano fortemente l'atteggiamento verso le vaccinazioni, talvolta più delle informazioni date dal personale sanitario. Eventi avversi o malesseri post-vaccinali generano timore e rifiuto, mentre esperienze positive favoriscono l'adesione.

Tema 6 Una disponibilità latente al cambiamento

Non emerge un rifiuto ideologico della vaccinazione. I pazienti mostrano piuttosto una disponibilità potenziale, che potrebbe essere attivata attraverso informazioni chiare, personalizzate e coerenti, fornite in un contesto relazionale di fiducia.

In sintesi, emerge una prevenzione percepita come importante, ma non prioritaria fortemente dipendente dalla relazione con il proprio medico di medicina generale e dalla qualità dell'informazione ricevuta, in assenza di un percorso strutturato e condiviso di educazione vaccinale

5. DISCUSSIONE

Il presente progetto pilota di ricerca qualitativa, condotto con un approccio fenomenologico descrittivo, secondo una visione integrata persona assistita e professionista sanitario, mira ad approfondire i fattori che possono influenzare l'aderenza alle vaccinazioni raccomandate della popolazione diabetica nel contesto dell'ASL CN2. I risultati ottenuti sono in linea con le evidenze nazionali ed internazionali che documentano una bassa copertura vaccinale dei pazienti diabetici, nonostante le raccomandazioni formali dell'OMS e del PNPV 2023-2025.

Si evidenzia come il diabete mellito rappresenti un fattore di rischio per esiti infettivi gravi (Dicembrini et al.,2023) e come ad esempio la vaccinazione antinfluenzale riduca mortalità ed ospedalizzazioni (Bechini et al.,2020).

Tuttavia, studi osservazionali italiani mostrano livelli di adesione inferiori agli obiettivi prefissati, in particolare per quel che riguarda l'infezione da pneumococco ed herpes zoster (Dalla Giacomina et al.,2021).

I risultati del presente progetto evidenziano come l'aderenza vaccinale nelle persone affette da diabete non possa essere interpretata esclusivamente come una scelta individuale, ma debba essere letta come esito dell'interazione fra fattori relazionali, organizzativi e sistemici. Suggestiscono inoltre una riflessione più ampia sul paradigma culturale che orienta la gestione della cronicità. Nonostante le linee guida e il PNPV promuovano l'integrazione della prevenzione nei percorsi di cura, nella pratica clinica la gestione del diabete appare ancora prevalentemente centrata sul controllo metabolico, sulla terapia farmacologica e sul monitoraggio delle complicanze, mentre la prevenzione vaccinale rimane un intervento collaterale e non sistematicamente integrato. Si configura una tensione fra quello che è il paradigma della cura, focalizzato sulla gestione della patologia in sé ed il paradigma della prevenzione, orientato alla riduzione del rischio ed alla protezione nel tempo.

Nel contesto ASLCN2, la prevenzione sembra collocarsi in uno spazio intermedio, riconosciuto come importante ma non strutturalmente integrato nel percorso assistenziale della cronicità, configurandosi come attività parallela rispetto follow-up clinico diabetologico. La consapevolezza dell'importanza della prevenzione vaccinale, che entrambe le popolazioni riconoscono, non si traduce in un comportamento sistemico strutturato e tale scollatura riflette una difficoltà organizzativa e soprattutto culturale nel considerare la prevenzione come parte integrante della presa in carico della persona affetta da diabete mellito.

Dal punto di vista di medici e infermieri le vaccinazioni del paziente diabetico vengono considerate teoricamente rilevanti, ma delegate ad altre figure generando frammentazione e discontinuità del percorso. Siamo di fronte ad una dinamica di "responsabilità diffusa ma non assunta" che crea nella pratica clinica un vuoto operativo tradotto in una mancata intercettazione del bisogno di salute e in una prioritaria gestione clinica immediata a discapito di azioni di prevenzione primaria e secondaria.

Le persone assistite intervistate mostrano un atteggiamento generalmente favorevole nei confronti delle vaccinazioni anche se caratterizzato da conoscenze frammentarie e scarsa consapevolezza del maggior rischio di sviluppo di infezioni e dell'eventuale l'aggravamento dei relativi esiti clinici.

Un dato molto rilevante è che in nessuna delle otto interviste emerge un rifiuto ideologico, bensì manifestano tutti una disponibilità latente che potrebbe essere attivata attraverso raccomandazioni personalizzate, comunicazione coerente fra tutti i professionisti sanitari ed integrazione di attività di prevenzione nel percorso di cura. La mancanza di sintomi immediati e l'efficace gestione farmacologica contribuiscono a generare nei pazienti una falsa sensazione di protezione riducendo la percezione del rischio infettivo.

Il presente progetto mette in luce un elemento qualitativo rilevante: non vi è solo un problema di accesso o disponibilità alla vaccinazione, bensì un problema di integrazione organizzativa e relazionale.

La convergenza fra delega professionale e passività decisionale della persona assistita rappresenta a mio avviso uno dei nuclei interpretativi più rilevanti e significativi del fenomeno di interesse.

5.1 Ruolo dell'infermiere con laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche con indirizzo Cure Primarie e Prevenzione

L'attuale riorganizzazione dell'assistenza territoriale, prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Missione 6 Salute e disciplinata dal DM 77/2022, offre un contesto favorevole al superamento delle criticità emerse introducendo un modello di medicina di iniziativa orientato alla prevenzione ed alla gestione proattiva delle patologie croniche. La Missione 6 articolata in *Componente 1*, reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e *Componente 2*, innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, pone al centro la presa in carico proattiva della cronicità, la medicina di iniziativa, l'integrazione multiprofessionale e il rafforzamento dell'assistenza di prossimità.

In questo scenario la prevenzione vaccinale nei pazienti affetti da diabete mellito non può più essere considerata un atto isolato o delegato, ma integrata in modo strutturale nel percorso di cura.

I risultati dell'analisi qualitativa suggeriscono che, in assenza di una chiara attribuzione di responsabilità, la prevenzione vaccinale rischia di rimanere in una zona grigia di competenza condivisa, ma non assunta.

La figura dell'infermiere laureato magistrale con indirizzo Cure primarie e Prevenzione potrebbe rappresentare un elemento strategico capace di incidere significativamente sull'integrazione della prevenzione vaccinale nei percorsi di cronicità. Non si tratterebbe semplicemente di un ampliamento di competenze, ma di una ridefinizione culturale del paradigma sanitario in cui la prevenzione da atto occasionale diventa sistematicamente responsabilità strutturale della presa in carico.

Il laureato magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, grazie alle competenze avanzate maturate in ambito clinico, organizzativo, gestionale e educativo, può assumere un ruolo strategico nell'implementazione delle politiche di prevenzione, contribuendo a integrare le raccomandazioni del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale nei percorsi assistenziali rivolti ai pazienti con patologia cronica (Festa P. 2025 ; Sara M, et al. 2025; Lyons R, et al.2024). In tale prospettiva, può promuovere modelli di presa in carico proattivi e multiprofessionali, facilitando la traduzione delle indicazioni normative in interventi concreti di educazione sanitaria, counselling vaccinale e coordinamento tra servizi ospedalieri e territoriali, ad esempio :

- realizzare percorsi che prevedano l'inserimento di un'anamnesi vaccinale standardizzata nel follow-up del paziente affetto da diabete mellito;
- diventare l'infermiere case manager contribuendo a ridurre la frammentazione fra le varie figure professionali : medico medicina generale, medico specialista, infermiere di famiglia e comunità (IFeC), personale della S.S. Vaccinazioni ed ospedale;
- sviluppare, in collaborazione con IFeC ed infermieri, interventi di counselling mirati ad agire sulla percezione del rischio, sulla fiducia e sulla consapevolezza del paziente valorizzandone l'autonomia decisionale e anche del care giver;
- attivare in collaborazione con la S.S. Vaccinazioni e la SSD endocrinologia interventi di formazione mirata per i professionisti sanitari ;

- contribuire alla valorizzazione del ruolo dell'IFeC nell'ambito della prevenzione;
- promuovere un modello multiprofessionale condiviso in cui la responsabilità preventiva sia esplicitamente definita;
- contribuire, nel contesto delle Case della Comunità , alla progettazione di percorsi assistenziali integrati cronicità/prevenzione, superando l'attuale logica per silos;
- vigilare affinché gli interventi siano capillari su tutto il territorio e costanti nel tempo;
- utilizzare la percentuale di adesione alle vaccinazione come indicatore di qualità della presa in carico della cronicità in linea con gli obiettivi del PNRR;
- sviluppare sul territorio interventi educativi strutturati rivolti alla popolazione affetta da patologie croniche garantendo una comunicazione istituzionale chiara, univoca e fondata su evidenze scientifiche

5.2 Limiti dello studio

Nell'interpretazione dei risultati devono essere considerati alcuni limiti .

In primo luogo, la natura di progetto pilota e la ridotta numerosità campionaria della popolazione dei pazienti diabetici, (n=8) non consentono la generalizzazione dei risultati pur permettendo una prima comprensione e contestualizzazione del fenomeno .

La mancata implementazione della fase sette del metodo Colaizzi (member checking) prevista per la validazione dei risultati con i partecipanti, rappresenta un limite metodologico benché tale fase potrà essere sviluppata in un 'eventuale prosecuzione ed ampliamento dello studio.

Nonostante tali limiti, il progetto rappresenta un primo contributo qualitativo su un tema ancora poco indagato ed evidenzia che l'aderenza vaccinale nel paziente affetto da diabete non dipende esclusivamente dalla volontà del paziente, ma dalla capacità del SSN di integrare la prevenzione nella gestione delle patologie croniche in modo strutturale e condiviso da tutti i professionisti sanitari .

6. CONCLUSIONI

Il progetto pilota potrebbe costituire una base sperimentale per sviluppare nell'ASL CN2 un modello organizzativo in cui la prevenzione vaccinale diventi parte integrante del percorso assistenziale del paziente affetto da diabete mellito. In tale modello, l'infermiere laureato magistrale in Cure Primarie e Prevenzione potrebbe assumere un ruolo di facilitatore e garante della continuità preventiva sia nella fase acuta che cronica di malattia, sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Nato come studio pilota esplorativo, DIAbete VACCinazioni (acronimo del progetto DIAVAC) evidenzia come l'aderenza vaccinale possa essere considerata non solo un comportamento individuale, ma il risultato di un equilibrio tra responsabilità professionale, organizzazione dei servizi e qualità della relazione di cura.

Il suddetto progetto rappresenta il punto di partenza per lo sviluppo di un possibile modello organizzativo integrato di promozione vaccinale estendibile anche ad altre categorie di pazienti affetti da patologie croniche.

Con l'obiettivo di migliorare l'adesione alle vaccinazioni dei soggetti con diabete mellito tipo 2 nell'ASL CN2, le prospettive future potrebbero includere:

- la trasformazione del progetto pilota in uno studio di ricerca qualitativa esteso a un campione più ampio di pazienti e professionisti sanitari;
- l'implementazione della fase member checking al fine di validare i risultati emersi;
- la promozione di un coordinamento interprofessionale strutturato tra S.S. Vaccinazione, Distretti e S.S.D. Endocrinologia e malattie del metabolismo;
- la creazione di strumenti condivisi tra medico di medicina generale, specialisti e servizi vaccinali;
- una valutazione pre e post-intervento delle coperture vaccinali;
- la realizzazione di specifici percorsi formativi volti a favorire la cultura scientifica della prevenzione tra il personale sanitario.

In prospettiva potrebbe evolversi in un progetto aziendale di medicina di iniziativa con la definizione di un protocollo integrato tra Dipartimento Prevenzione e Case della Comunità, coerente con gli indirizzi del PNRR e del DM 77/2022. Integrare stabilmente la prevenzione vaccinale nella gestione della cronicità significa superare l'attuale visione frammentata dell'assistenza e orientarsi verso un modello realmente proattivo e centrato sulla persona .

In questo processo di trasformazione, la valorizzazione delle competenze infermieristiche avanzate potrebbe contribuire a tradurre gli indirizzi normativi in pratica clinica concreta, promuovendo una cultura della prevenzione come parte integrante dell'assistenza.

La prevenzione non è un atto accessorio della cura, ma una sua componente essenziale. Integrare la vaccinazione nella presa in carico del paziente cronico significa dare concretezza al paradigma della sanità territoriale delineato dal PNRR.

L'aderenza vaccinale può essere considerata come indicatore dell'efficienza organizzativa di un servizio sanitario orientato alla cronicità.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Abbafati, C., Nieddu, L. e Monasta, L. (2024) *Measures of type 2 diabetes burden in Italy assessed using the AMD dataset over a twelve year span across the Great Recession*. Scientific Reports, 14(1), p.4901.
2. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) (2024) *Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità Hub*. Roma: Agenas.
3. Amodio, E., Marrella, A., Casuccio, A. & Vitale, F. (2022). *Decline in hospitalization rates for herpes zoster in Italy (2003–2018): Reduction in the burden of disease or changing of hospitalization criteria?* Aging Clinical and Experimental Research, 34, pp. 881–886.
4. Associazione Medici Diabetologi (AMD) (s.d.). *Sito ufficiale*. Disponibile su: <https://www.aemmedi.it> (Consultato il: 15 gennaio 2026).
5. Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale CN2 Alba-Bra. Disponibile su: <https://www.aslcn2.it> (Consultato il: 15 gennaio 2026).
6. Basevi, V., Di Mario, S., Morciano, C., Nonino, F. & Magrini, N. (2011) *Commento su: American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes*. Diabetes Care, 34(Suppl 1), pp. S11–S61.
7. Bechini, A., Ninci, A., Del Riccio, M., Biondi, I., Bianchi, J., Bonanni, P., Mannucci, E. & Monami, M. (2020). *Impact of influenza vaccination on all-cause mortality and hospitalization for pneumonia in adults and the elderly with diabetes: A meta-analysis of observational studies*. Vaccines, 8(3), 263.
8. Berbudi, A., Rahmadika, N., Tjahjadi, A. I. and Ruslami, R. (2020). *Type 2 diabetes and its impact on the immune system*. Current Diabetes Reviews. 16(5), pp 442-449.
9. Colaizzi, P. F. (1978). *Psychological research as the phenomenologist views it*. In: Valle, R. & King, M. (eds.), *Existential-Phenomenological Alternatives for Psychology*. New York: Oxford University Press, pp. 48–71.
10. Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2018). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.

11. Dallagiacomma, G., Allora, A., Salvati, S., et al. (2021). *Type 1 diabetes patients' practice, knowledge and attitudes towards influenza immunization*. *Vaccines*, 9, 707.
12. Dicembrini, I., Silverii, G. A., Clerico, A., et al. (2023). *Influenza: Diabetes as a risk factor for severe related outcomes and the effectiveness of vaccination in diabetic population. A meta-analysis of observational studies*. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*.
Disponibile su <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2023.03.017>
(Consultato il:15 gennaio2026)
13. Festa P. The role of advanced practice nurses in chronic disease management. *J Adv Health Care* (2025)
14. Giorgi, A. (2009). *The Descriptive Phenomenological Method in Psychology: A Modified Husserlian Approach*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
15. Holt, R.I.G., Cockram, C.S., Ma, R.C.W. e Luk, A.O.Y. (2024) 'Diabetes and infection: review of the epidemiology, mechanisms and principles of treatment', *Diabetologia*, 67(6), pp. 989–1001. Disponibile su: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38374451/> (Consultato il: 15 gennaio 2026).
16. Istituto Superiore di Sanità (ISS) (s.d.). *Epicentro – Diabete: aspetti epidemiologici*. Disponibile su: <https://www.epicentro.iss.it/diabete/epidemiologia> (Consultato il:15 gennaio 2026).
17. Istituto Superiore di Sanità (ISS) (2024). *Sistema di sorveglianza PASSI: diabete nella popolazione adulta*. Roma :ISS Disponibile su: <https://www.epicentro.iss.it/passi> (Consultato il: 15 gennaio 2026).
18. Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M. & Kangasniemi, M. (2016). *Systematic methodological review: Developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide*. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), pp. 2954–2965.
19. Lau, D., Eurich, D. T., Majumdar, S. R., Katz, A. & Johnson, J. A. (2014). *Working-age adults with diabetes experience greater susceptibility to seasonal influenza: A population-based cohort study*. *Diabetologia*, 57, pp. 690–698.

20. Lyons R, et al. *The role of primary care nurses in vaccination delivery*. *Vaccine* (2024)
21. Mastrovito, B., Lardon, A., Dubromel, A., Nave, V., Beny, K. & Dussart, C. (2024). *Understanding the gap between guidelines and vaccination coverage in people with diabetes: A scoping review*. *Frontiers in Public Health*,12,articolo 1360556. Disponibile su: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1360556>
22. Ministero della Salute (2022). *Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023–2025*. Roma: Ministero della Salute. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it>
23. Ministero della Salute (2024). *Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2024–2025*. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it>
24. Ministero della Salute (s.d.). *Raccomandazioni per la profilassi vaccinale nei soggetti affetti da diabete mellito di tipo 1 e 2*. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it>
25. Napolitano, F., Della Polla, G., Capano, M. S., Augimeri, M. & Angelillo, I. F. (2020). *Vaccinations and chronic diseases: Knowledge, attitudes, and self-reported adherence among patients in Italy*. *Vaccines*, 8, 560.
26. Pezzotti,P.,Bellino, S., Riccardo, F., et al. (2019).*Vaccine-preventable invasive bacterial diseases in Italy: A comparison between the national surveillance system and recorded hospitalizations, 2007–2016*. *Vaccine*, 37, pp. 41–48.
27. Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
28. Sara M, et al. Advanced practice nursing in the European Union. *Int J Nurs Stud* (2025)
29. World Health Organization (WHO) (2020). *Immunization Agenda 2030: A global strategy to leave no one behind*. <https://www.who.int> Consultato il 15 Gennaio 2026
30. Zamagni, G., Minardi, V., Masocco, M.et al.(2025) *Socioeconomic and health disparities in adult's whit diabetes: insights from Italian PASSI surveillance system*. *Frontiers in Public Health*

ALLEGATI

Allegato 1 Topic guide per intervista strutturata alla persona assistita

Dati sociodemografici ed anamnestici

Età -Sesso - Condizione lavorativa – Grado di istruzione

Nucleo familiare- Tipologia di diabete -Anni dalla diagnosi

Domande che esplorano la conoscenza

- Quali sono le sue conoscenze riguardo alle vaccinazioni raccomandate per i pazienti diabetici?
- È a conoscenza che le persone affette da diabete sono più a rischio di contrarre alcune malattie infettive rispetto alla popolazione sana ? Conosce le vaccinazioni raccomandate sia ai pazienti che ai loro conviventi ?
- Ritiene che le persone con il diabete debbano essere regolarmente vaccinate?

Domande che esplorano opinioni e/o atteggiamenti

- Nel corso della sua vita , oltre alle vaccinazioni obbligatorie, si è sottoposto ad altre vaccinazioni ? Se sì ,quali e perché ? OPPURE Può descrivermi la sua esperienza con le vaccinazioni ?
- Quali fattori influenzano la sua decisione di aderire o non aderire alle vaccinazioni?
- In quale modo l'ambiente o i sanitari hanno influenzato le sue decisioni ?

Domande che indagano le fonti delle informazioni /conoscenze

- Ha ricevuto informazioni inerenti alle vaccinazioni raccomandate? E se sì da chi e in quale occasione ?
- Secondo lei chi dovrebbe fornirle le informazioni al riguardo e con quale modalità?
- Quando si è sottoposto alle vaccinazioni lo ha fatto dopo un breve periodo di tempo dal consulto oppure è trascorso un periodo di esitazione ? E in questo periodo ha cercato di ricevere ulteriori informazioni ? Dove e da chi ?

Allegato 2 Topic guide per intervista strutturata al personale sanitario

I ➡ infermiere e IFeC **M** ➡ medico

Dati sociodemografici : età , sesso , sede lavorativa , grado di istruzione, anni di esperienza lavorativa.

Domande che indagano esperienza clinica ed interesse alla prevenzione

- Nel corso della sua attività professionale dedica del tempo a verificare l'anamnesi vaccinale e a sensibilizzare i pazienti alle vaccinazioni raccomandate ? **M**
- Nella presa in carico del paziente affetto da diabete viene indagata tramite l'accertamento infermieristico l'adesione alle vaccinazioni raccomandate ? **I**
- Come definirebbe il ruolo di medici / infermieri nella promozione delle vaccinazioni ? **M / I**
- Ritieni che parlare di prevenzione con i propri assistiti sia parte del suo specifico professionale oppure non lo è affatto ? **M**
- Il Profilo Professionale N° 739 al comma 2 dell' art 1 afferma che “ l'assistenza infermieristica preventiva, curativa , palliativa e riabilitativa è di natura tecnica , relazionale e educativa “ : quanto nel tuo quotidiano dedichi all'assistenza preventiva ? **I**

Domande che esplorano la conoscenza M / I

- Ritieni di possedere tutte le conoscenze necessarie per fornire alle persone affette da diabete informazioni chiare e univoche inerenti alle vaccinazioni raccomandate dal PNPV ?
- Nello specifico, secondo lei, quale figura professionale dovrebbe farsi carico della formazione al riguardo ? Con quale modalità e indirizzandola a chi ?

Domande che indagano le modalità di intervento M / I

- Come valuta l'efficacia delle campagne informative sulle vaccinazioni?
- Quali ostacoli incontra nel comunicare l'importanza delle vaccinazioni alle persone affette da diabete ?
- Quali strategie utilizza per promuovere l'aderenza vaccinale tra i pazienti diabetici? Ha dei suggerimenti?

Allegato 3

PROGETTO PILOTA DIAVAC

Analisi dei fattori percepiti come favorevoli o ostacolanti l'aderenza dei pazienti con diabete mellito ,al P.N.P.V. 2023/25

Informativa e consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (privacy) (ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679 - GDPR) e liberatoria voce

Sede : ASL CN2 Alba-Bra

Contatti: dott.ssa Ilaria Isoardi cell. 3498735910

Obiettivo del progetto: Analizzare i fattori favorevoli e ostacolanti l'aderenza alle vaccinazioni raccomandate dal P.N.P.V. 2023/25 nella popolazione dei pazienti diabetici residenti nel territorio dell'ASL CN2, attraverso un approccio qualitativo fenomenologico descrittivo, secondo una visione integrata persona assistita – professionista sanitario. Il progetto pilota verrà realizzato al fine dell'elaborazione e della stesura della tesi di laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche della studentessa Ilaria Isoardi .

Responsabili della Protezione dei dati: DPO dell'Università del Piemonte Orientale, avv. Antonio Perrini, e-mail: dpo@uniupo.it.

Indirizzi di riferimento : 20058826@studenti.uniupo.it

Gentile Signora/e,

ai sensi delle vigenti normative nazionali ed europee in materia di protezione dei dati personali, in particolare alla luce del Regolamento Unione Europea 2016/679 del 27 aprile 2016 (*Regolamento generale sulla protezione dei dati*, abbreviato con la sigla GDPR) desidero informarLa che, in occasione del progetto pilota DIAVAC , i dati personali saranno raccolti nel corso di un'intervista della durata di circa 15 minuti e verranno codificati attraverso un codice alfanumerico che Le verrà attribuito. L'obiettivo del progetto è quello di identificare i fattori favorevoli e/o ostacolanti l'aderenza delle persone affette da diabete alle vaccinazioni raccomandate .

Titolari del trattamento dei dati personali

In qualità di Soggetto Promotore e Centro di sperimentazione, l'Università del Piemonte Orientale.

Responsabile della Protezione dei dati (detti anche “*Data Protection Officers*” o “DPO”) è: DPO dell'Università del Piemonte Orientale, avv. Antonio Perrini, e-mail: **dpo@uniupo.it**.

Normativa di riferimento

- *Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016* (e successive rettifiche pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea 127 del 23 maggio 2018 (GDPR);
- *D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196* (Codice in materia di protezione dei dati personali), come novellato dal d.lgs. 10 agosto 2018, n. 101 recante “Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679”;
- *Garante Privacy, Provvedimento recante le prescrizioni relative al trattamento di categorie particolari di dati, ai sensi dell'art. 21, comma 1, del d.lgs. 10 agosto 2018, n. 101* ;
5. Prescrizioni relative al trattamento dei dati personali effettuato per scopi di ricerca scientifica (aut. gen. n. 9/2016, come aggiornata al GDPR).
- *Norme di Buona Pratica Clinica (Guideline for Good Clinical Practice E6(R2), 23 luglio 2015.*

1. Categorie di dati oggetto del trattamento

Il Promotore e il Centro sperimentale tratteranno i Suoi dati personali:

- a) dati identificativi (nome, cognome, genere, stato civile, età , indirizzo di residenza.);
- b) dati particolari (tipologia di diabete, scolarità, attività lavorativa, anzianità di servizio)

2. Finalità del trattamento

I Suoi dati saranno raccolti al fine dell'elaborazione e della stesura della tesi di laurea in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche dell'Università del Piemonte Orientale , sede Novara e secondo le modalità previste dalla legge vigente.

3. Base giuridica del trattamento

Il Suo consenso, specifico ed informato, costituisce la base giuridica per il trattamento dei Suoi dati per le finalità indicate (art. 6, par. 1a; art. 9, par. 2a, GDPR). Il mancato conferimento del consenso impedirà la Sua partecipazione al Progetto , ma non avrà nessuna influenza sulle prestazioni sanitarie previste dal medico curante per la Sua condizione di salute. Il consenso prestato è revocabile in qualsiasi momento, mediante la compilazione dell'apposito modello. La revoca non pregiudica la liceità delle attività di trattamento eseguite in precedenza.

4. Modalità di Trattamento dei dati

L' Università del Piemonte Orientale , rappresentata dalla studentessa Ilaria Isoardi , procederà alla raccolta ed alla registrazione della sua intervista solo a seguito di Suo espresso consenso .

I Dati Personali saranno trattati per le finalità esposte, secondo i principi di liceità, correttezza, trasparenza, limitazione delle finalità, minimizzazione ed esattezza dei dati (come previsto dall'art. 5 GDPR), in forma cartacea ed automatizzata. La disponibilità, la gestione, l'accesso, la conservazione e la fruibilità dei dati è garantita dall'adozione di misure tecniche e organizzative per assicurare adeguati livelli di sicurezza ai sensi degli artt. 25 e 32 GDPR. I Suoi dati saranno associati ad un codice di identificazione (pseudonimizzazione), che serve a non identificarla quando i dati del progetto verranno utilizzati per la realizzazione della tesi di laurea.

5. Categorie di soggetti destinatari dei dati

I dati personali saranno conosciuti solo dai soggetti direttamente interessati all'attività per cui il consenso è stato prestato.

6. Diffusione e trasferimento dei dati ad un Paese terzo o a un'Organizzazione internazionale

Non è previsto il trasferimento dei dati verso Paesi terzi o verso Organizzazioni internazionali.

7. Periodo di conservazione dei dati personali

I dati personali saranno trattati dal Titolare del trattamento limitatamente a quanto necessario per il perseguimento delle finalità descritte (elaborazione e stesura tesi) o comunque fino alla revoca del consenso. Le registrazioni delle interviste effettuate tramite qualsiasi supporto tecnologico per le finalità sopra elencate, saranno conservate sino all'elaborazione dei dati e cancellate entro un mese dalla discussione della tesi di laurea.

8. Esercizio dei diritti

In relazione al trattamento dei Suoi dati personali e sanitari, il Capo III del GDPR, agli artt. 15-21, Le riconosce specifici diritti:

- Diritto di **accesso** (art. 15 GDPR): accedere ai Suoi dati personali e alle informazioni relative agli stessi.
- Diritto di **rettifica** (art. 16 GDPR): chiedere l'aggiornamento, la rettifica dei dati inesatti e l'integrazione di quelli incompleti;
- Diritto alla **cancellazione** (art. 17 GDPR): chiedere la cancellazione dei dati personali che La riguardano al verificarsi di una delle condizioni indicate all'art. 17, paragrafo 1 del GDPR e nel rispetto delle eccezioni previste al paragrafo 3 del medesimo articolo e purché non sussistano obblighi di legge per la conservazione dei dati.
- Diritto alla **revoca del consenso** (art. 17 GDPR): revocare il consenso al trattamento dei dati in qualsiasi momento, limitatamente alle ipotesi in cui il trattamento sia basato sul Suo consenso per una o più specifiche finalità e interessi dati personali comuni oppure particolari categorie di dati. Non saranno raccolti, inoltre, ulteriori dati che La riguardano, ferma restando l'utilizzazione di quelli eventualmente già raccolti per evitare di alterare i risultati delle ricerche già effettuate. In tal caso, i campioni biologici a Lei correlati potranno essere distrutti o "anonimizzati", ciò significa che per nessuno sarà più possibile correlare i campioni biologici ed i dati ad essi associati all'identità della persona.
- Diritto di **limitazione** di trattamento (art. 18 GDPR): chiedere la limitazione del trattamento dei Suoi dati al ricorrere di una delle ipotesi previste dall'art. 18 del GDPR.

- Diritto alla **portabilità** dei dati (art. 20 GDPR): chiedere la trasmissione dei Suoi dati ad altro Titolare in formato leggibile con le più comuni applicazioni informatiche (cd. “diritto alla portabilità”), ove tecnicamente possibile;
- Diritto di **opposizione** (art. 21 GDPR): opporsi in qualunque momento al trattamento dei Suoi dati personali al ricorrere di situazioni particolari che La riguardano.

Ai sensi dell’art. 19 GDPR, il Titolare del trattamento comunica a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali le eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni, salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo organizzativo sproporzionato. Il titolare del trattamento comunica all’interessato, dietro specifica richiesta, tali destinatari.

I sopracitati diritti si possono esercitare attraverso invio di specifica richiesta al Titolare del trattamento, tramite la studentessa responsabile del Progetto pilota : Ilaria Isoardi 3498735910 e-mail: 20058826@studenti.uniupo.it ; ovvero, direttamente al Responsabile della Protezione dei Dati incaricato: DPO dell’Università del Piemonte Orientale: avv. Antonio Perrini, e-mail: dpo@niupo.it.

9. Proposizione di reclamo

In qualità di Interessato, ricorrendone i presupposti, Lei ha il diritto di proporre reclamo all’Autorità di controllo dello Stato di residenza (Reg. n. 679/2016, art. 77), secondo le procedure previste dall’art. 142 del D.lgs. n. 196/2003, emendato dal D.lgs. 101/2018.

**MODULO DI CONSENSO PER LA PARTECIPAZIONE AL PROGETTO
PILOTA DIAVAC**

Il/La sottoscritto/a..... (nome e cognome)
nato/a il,

per sé

- oppure in qualità di:
- Tutore o curatore
 - Esercente la potestà genitoriale
 - Amministratore di sostegno
 - Prossimo congiunto, convivente, familiare
 - Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato
 - Altro _____

Del soggetto interessato(nome e cognome)
nato il,

Letta e compresa l'informativa Privacy, relativa alla partecipazione allo studio:
.....

(indicare l'acronimo / codice studio)

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

al trattamento dei dati personali e particolari.

Luogo e Data

_____ (firma leggibile)

**MODULO DI REVOCA DEL CONSENSO DA PARTE
DELL'INTERESSATO**

Il/La sottoscritto/a..... (nome e cognome)

Nato/a il

per sé

oppure in qualità di:

Tutore o curatore

Esercente la potestà genitoriale

Amministratore di sostegno

Prossimo congiunto, convivente, familiare

Responsabile della struttura presso cui dimora
l'interessato

Altro _____

Del soggetto interessato (nome e cognome)

.....

Nato/a..... il,

DESIDERA REVOCARRE IL CONSENSO

**al trattamento dei dati personali e particolari raccolti nell'ambito della
partecipazione allo studio sopraccitato.**

I suddetti dati personali erano stati raccolti e trattati sulla base del consenso prestato in precedenza, mediante l'utilizzo del "**MODULO DI CONSENSO PER LA PARTECIPAZIONE AL PROGETTO PILOTA** "

La revoca del consenso non pregiudica la liceità delle attività di trattamento finora eseguite.

Luogo e Data

Firma

Allegato 4

ANALISI TEMATICA SECONDO METODO COLAIZZI

Popolazione Professionisti sanitari

MEDICI INTERNISTI (S1 – S2)

Macro-argomenti indagati con le interviste semi-strutturate	Fase 2 Affermazioni significative estratte	Fase 3 Formulazione dei significati	Fase 4 Raggruppamento in cluster tematici CS
Esperienza clinica e propensione all'attività di prevenzione	<p><i>“Non è un problema di tempo, ma di sensibilizzazione e cultura , abitudini cliniche ”</i></p> <p><i>“ben poche volte facciamo domande specifiche sulle vaccinazioni “ .nel pieno del Covid a tutti chiedevamo se avessero fatto o no la vaccinazione “</i></p> <p><i>“Ci dimentichiamo... non è una priorità”</i> <i>“...sull'anamnesi vaccinale si potrebbe fare di più... C'è una maggiore attenzione quando acconto al diabete magari hanno anche la BPCO</i></p> <p><i>...abbiamo un ruolo di sensibilizzazione rispetto all'importanza della prevenzione delle complicanze di una patologia che si potrebbe evitare con la vaccinazione (polmonite pneumococcica)</i></p>	<p>La barriera principale non è il tempo ma la cultura vaccinale</p> <p>L'anamnesi vaccinale non è sistematica</p> <p>L'attività di ricovero è focalizzata sulla gestione delle acuzie</p> <p>Il medico ospedaliero è consapevole dell'importanza di dover sensibilizzare i pazienti soprattutto rispetto alla prevenzione delle complicanze dovute alle patologie (esempio polmoniti)</p>	<p>CS1 Ruolo percepito versus priorità cliniche</p>

	<p><i>“Si dà per scontato che siano cose del medico di famiglia”</i></p>	<p>La prevenzione vista ancora come esterna al reparto .</p>	<p>CS2 Il MMG considerato leader decisionale nel percorso vaccinale</p>
<p>Esplorazione delle conoscenze</p>	<p><i>“Conosco i vaccini principali ma non tutto il PNPV”</i></p> <p><i>“Mi verrebbe da dire i classici : covid, influenza, pneumococco, Herpes, ma non so bene per il diabete tipo 2 ...,”</i></p> <p><i>“...secondo me la formazione non è adeguata”</i></p>	<p>Parziali sono le conoscenze sui vaccini raccomandati ai pazienti diabetici</p> <p>Incertezza sulle indicazioni per fasce di età e diabete (tipo 1 – tipo2)</p> <p>Necessità di formazione specifica</p>	<p>CS3 Gap formativo</p>
<p>Modalità di intervento: quali ostacoli quali strategie</p>	<p><i>“È difficile proporre altre cose a un diabetico già pieno di terapie.”</i></p> <p><i>“Servirebbe essere convincenti, senza appesantire”</i></p> <p><i>“Mancano strumenti... forse fogli da dare alla dimissione., soprattutto nei periodi in cui le vaccinazioni devono essere fatte”</i></p> <p><i>“Il Dipartimento di Prevenzione può aiutare sia nel ricordare o fare dei refresh per chi non lavora nello specifico”</i></p>	<p>Timore di sovraccaricare un paziente fragile</p> <p>Necessità di essere efficaci nella comunicazione senza aumentare l’ansia del paziente e dedicando il tempo dovuto</p> <p>Assenza di un percorso codificato volto ad incentivare la vaccinazione in ospedale</p> <p>Richiesta di supporto interprofessionale</p>	<p>CS4 Barriere relazionali /comunicative con il paziente diabetico</p> <p>CS5 Ostacoli organizzativi</p> <p>CS5 Ostacoli organizzativi</p> <p>CS3 Gap formativo</p>

	<p><i>“Gli open day funzionano solo per chi è già sensibilizzato.”</i></p> <p><i>“c’è molta sensibilità verso i bambini meno per gli adulti “</i></p> <p><i>“...stiamo vivendo una sorta di contraccolpo dopo il Covid”</i></p> <p><i>“Farmacie e diabetologia potrebbero ricordarlo durante le visite “</i></p> <p><i>“...se una cosa te la dice lo specialista tu la percepisci come più forte “</i></p> <p><i>“Allegare promemoria alla lettera di dimissione sarebbe utile.”</i></p> <p><i>“... per i pazienti più cronici l’IFeC potrebbe essere un buon mediatore”</i></p>	<p>Le campagne vaccinali raggiungono solo chi già ha consapevolezza</p> <p>Maggiore esitazione vaccinale della popolazione adulta dopo il periodo Covid</p> <p>Il medico specialista visto come principale facilitatore</p> <p>Proposte concrete di integrazione ospedale e territorio</p>	<p>CS6 Strategie percepite come utili ma non sufficienti</p> <p>CS7 Conseguenze del periodo pandemico</p> <p>CS2 Medico specialista percepito come leader decisionale nel percorso vaccinale</p> <p>CS8 Strategie facilitanti</p>
--	--	--	---

Fase 5 Descrizione esaustiva del fenomeno

Sintesi narrativa dei cluster tematici dei medici Internisti

Le interviste fatte ai due medici internisti che lavorano nel reparto di medicina interna descrivono un contesto in cui l’aderenza dei pazienti diabetici al PNPV è ostacolata da una combinazione di fattori culturali, organizzativi e individuali.

Sul versante professionale manca una cultura specifica della prevenzione vaccinale per cui la vaccinazione dei pazienti diabetici non rappresenta ad oggi una pratica integrata e nemmeno prioritaria nel contesto del ricovero ospedaliero; sebbene venga riconosciuta come importante viene delegata al medico di medicina generale, al S.S. Vaccinazioni dell’ ASL CN2, al medico specialista.

La carenza di conoscenze aggiornate, l'assenza di un percorso strutturato e di strumenti condivisi limita altresì il coinvolgimento diretto dei medici ospedalieri che esprimono in più occasioni la consapevolezza del problema e il proposito di voler fare di più .

Dal punto di vista del paziente , la complessa gestione quotidiana del diabete può ridurre la motivazione ad aderire ad ulteriori raccomandazioni generando un rischio di sovraccarico informativo .

Pur riconoscendo l'utilità delle campagne vaccinali e delle iniziative sul territorio , i medici ospedalieri affermano che tali strategie raggiungono solo le persone già motivate soprattutto dopo il trascorso periodo di campagne vaccinali per contrastare la diffusione del Covid.

Ritengono che sarebbe opportuno promuovere un modello di presa in carico multiprofessionale dove la S.S.D di Endocrinologia , le farmacie territoriali , il Dipartimento di Prevenzione, gli IFeC e i MMG detengono un ruolo proattivo in grado di superare le barriere culturali ed organizzative oggi presenti.

Complessivamente, le interviste evidenziano ancora una certa distanza fra la gestione del paziente diabetico in acuzie e la promozione vaccinale : la prevenzione in corsia non è ancora interiorizzata, mancano conoscenze e strumenti e , pur riconoscendone l'importanza, i medici internisti si percepiscono ancora marginali rispetto alla prevenzione.

INFERMIERI DI FAMIGLIA E COMUNITA' (S9 – S11)

Macro-argomenti indagati con le interviste semi-strutturate	Fase 2 Affermazioni significative estratte	Fase 3 Formulazione dei significati	Fase 4 Raggruppamento in cluster tematici
Esperienza clinica ed interesse all'attività di prevenzione	<p><i>“...non è una delle prime cose che chiedo quando conosco un paziente ... non fa mai parte delle mie priorità, questo lo riconosco, però lo affrontiamo. magari poi col tempo ci viene in mente... devo ammettere, spesso e volentieri io lascio al curante il discorso di affrontare questo tema”</i></p> <p><i>“ il paziente più è fragile più si fida anche dell'operatore , maggiore è l'aderenza alle vaccinazioni. Questo è il percepito sul territorio”</i></p> <p><i>“ ... indaghiamo non direttamente su tutti i pazienti ma su quelli su cui c'è già magari c'è già stata una sottolineatura, oppure su pazienti che hanno più patologie, per cui sulla fragilità chiediamo avete fatto le vaccinazioni, il vostro medico vi ha parlato delle vaccinazioni; quindi, indaghiamo in senso ampio... poi parecchi di loro aderiscono; quindi, è solo una questione di informazione”</i></p>	<p>Nella prima presa in carico del paziente cronico, l'adesione alle vaccinazioni raccomandate non viene indagata dall'IFeC</p> <p>Il MMG ha un ruolo centrale</p> <p>L'infermiere percepisce una buona adesione alle vaccinazioni da parte dei pazienti fragili</p>	<p>CS1 Ruolo percepito versus priorità cliniche</p> <p>CS2 Il MMG considerato leader decisionale nel percorso vaccinale</p> <p>CS1 Ruolo percepito versus priorità cliniche</p>

	<p><i>“...ci rendiamo disponibili alle prenotazioni per gestire al meglio l'utente e il suo rapporto con la vaccinazione Abbiamo i vaccini per i fragili (principalmente pneumologia e cardiologia) ...averlo è opportuno, perché tu se lo convinci, cogli l'occasione, già lo fai, e quindi proteggi prima. ... noi non abbiamo l'accesso a Sirva, però la segreteria del distretto di Bra ci fa da trascrittore, quindi noi mandiamo i referti, con i dati del vaccino, i codici, e loro li registrano...”</i></p>	<p>Gli IFeC somministrano vaccini, intercettano fragili, ponte tra territorio e servizi</p> <p>Manca rete formale tra diabetologia-vaccinazioni-MMG-IFeC; cruciali strumenti condivisi (Sirva accessibile, mail referenti, database unico).</p>	<p>CS9 Ruolo operativo degli infermieri</p> <p>CS5 Ostacoli organizzativi</p>
<p>Grado di conoscenza dell'argomento</p>	<p><i>“Il PNPV non è sufficientemente diffuso. Forse, mi vergogno un po', non vado a cercarlo io, ma con un piccolo input sicuramente lo leggerei...magari anche solo una mail aziendale</i></p> <p><i>“...non siamo tuttologi, se abbiamo dubbi chiediamo “</i></p>	<p>Parziali sono le conoscenze sui vaccini raccomandati ai pazienti diabetici</p> <p>Necessità di acquisire maggiori competenze Aggiornamenti chiari e periodici</p>	<p>CS3 Gap formativo</p>
<p>Modalità di intervento: quali ostacoli quali strategie</p>	<p><i>“...io non sento nominare dai pazienti le campagne vaccinali “</i></p>	<p>Comunicazione delle campagne vaccinali poco impattante</p>	<p>CS6 Strategie percepite come utili ma non sufficienti</p>

	<p><i>“...Io personalmente conosco la campagna vaccinale dello studio associato di dottori giovani che lanciano su Instagram la locandina con la campagna vaccinale..., .. li vanno tanti pazienti, perché c'è il rapporto con il medico”</i></p> <p><i>“... Ad esempio, quando glielo chiedo, lei sa che la vaccinazione dell'herpes zoster è fortemente raccomandata nel suo caso? Non lo so, me ne hanno parlato, ma poi non l'ho mai avuto”</i></p> <p><i>“...giovani poco informati sulla loro salute”</i></p> <p><i>“.. la diabetologia ha dei follow up di due anni. I pazienti si considerano dimenticati ... dobbiamo riportare questa patologia cronica un pochettino sul canale delle altre... qualcuno che invece li segue, questi pazienti, ... sapere che c'è qualcuno che ti controlla... perché ha piacere di sapere come stai e perché questo controllo ti aiuta a star meglio è anche per loro una leva per essere aderenti alle fatiche che la malattia diabetica comporta...”</i></p>	<p>Il MMG ha un ruolo centrale</p> <p>Scarsa percezione da parte del paziente dei rischi della malattia</p> <p>Scarsa percezione del rischio di complicanze della malattia</p> <p>Necessità di creare un percorso anche sulla gestione della cronicità del paziente diabetico</p>	<p>CS2 Il MMG è percepito come leader decisionale nel percorso vaccinale</p> <p>CS4 Barriere relazionali /comunicative con il paziente diabetico</p> <p>CS10 Barriere culturali</p> <p>CS9 Ruolo operativo infermieri</p>
--	---	---	---

	<p><i>“Sicuramente, dato che facciamo queste attività di prevenzione in piazza con il camper , sarebbe utile farne qualcuna riguardo alla vaccinazione ...perché, quando tu porti la sanità nelle aree distanti dai servizi centrali, sentono che non sono abbandonati”</i></p> <p><i>...”naturalmente va fatto con criterio, devi avere il tempo di spiegare, di parlare; quindi, lo devi strutturare per fare in modo che l'utente esca da quel momento lì, o con la vaccinazione fatta, o con l'appuntamento ...</i></p>	<p>Proposta di attività di prossimità con il camper</p> <p>Un approccio proattivo e di prossimità potrebbe aumentare l'aderenza</p> <p>Necessità di essere efficaci nella comunicazione dedicando il tempo dovuto</p>	<p>CS9 Ruolo operativo infermieri</p> <p>CS8 Strategie facilitanti</p> <p>CS8 Strategie facilitanti</p> <p>CS9 Ruolo operativo infermieri</p>
--	---	---	---

Fase 5 Descrizione esaustiva del fenomeno

Sintesi narrativa dei cluster tematici degli IFeC

Dall'analisi tematica delle interviste agli Infermieri di Famiglia e Comunità emerge che la prevenzione vaccinale è riconosciuta come ambito rilevante della presa in carico del paziente cronico, ma non sempre rappresenta una priorità da indagare nell'accertamento infermieristico. Le conoscenze in merito al PNPV risultano presenti ma frammentarie: entrambi gli infermieri dichiarano di conoscere i principali vaccini raccomandati per i diabetici, ma richiedono aggiornamenti periodici, strumenti pratici e comunicazioni aziendali che li supportino nella loro attività di educazione sanitaria e di prevenzione.

Un elemento centrale è il ruolo della relazione di fiducia tra professionista e paziente, particolarmente forte nei confronti del MMG: la scelta vaccinale appare fortemente influenzata dalla convinzione del medico curante.

L'aderenza sembra maggiore nei pazienti più fragili, mentre nei diabetici con follow-up lungo si osserva discontinuità, ridotta motivazione e scarsa percezione del rischio, confermando la necessità di interventi educativi continui e non episodici.

Entrambi gli infermieri evidenziano ostacoli organizzativi (accesso alla piattaforma SIRVA, registrazione intermediata, mancanza canali comuni), ma anche potenzialità operative significative: gli IFeC somministrano vaccini, intercettano le persone fragili, possono svolgere counselling, visite domiciliari e agire come ponte con la S.S.D. Endocrinologia e la S.S. Vaccinazioni. Le campagne vaccinali territoriali e gli open-day sono percepiti utili se accompagnati da contatto umano, spiegazione ed engagement attivo.

In sintesi, il tema dominante è la necessità di integrazione tra servizi, formazione aggiornata e comunicazione proattiva, per trasformare la vaccinazione da atto opzionale a parte strutturale della gestione della cronicità.

INFERMIERI S.S.VACCINAZIONI (S3- S4)

<p>Macro-argomenti indagati con le interviste semi-strutturate</p>	<p>Fase 2 Affermazioni significative estratte</p>	<p>Fase 3 Formulazione dei significati</p>	<p>Fase 4 Raggruppamento in cluster tematici</p>
<p>Esperienza clinica e propensione all'attività di prevenzione</p>	<p><i>“come infermiera faccio poca prevenzione ...non è previsto fare screening o counseling approfondito per la popolazione diabetica”</i></p> <p><i>...”se dicono che sono diabetici diamo loro il foglio con il rimando al MMG perché è il loro riferimento”</i></p> <p><i>“non c'è riscontro dal MMG... dice di lasciar stare “</i></p>	<p>Gli infermieri, consapevoli del loro potenziale ruolo di prevenzione si sentono limitati da vincoli organizzativi e formativi</p> <p>Percezione del MMG come figura di riferimento ma che non sempre rafforza le indicazioni vaccinali interrompendo così il percorso</p>	<p>CS11 Marginalità del ruolo di prevenzione dell'infermiere</p> <p>CS2 Il MMG considerato leader decisionale nel percorso vaccinale</p>
<p>Esplorazione delle conoscenze</p>	<p><i>“non ho ancora conoscenze sufficienti ...l'utente chiede informazioni specifiche e ti senti in difficoltà”</i></p>	<p>La mancanza di formazione mirata riduce l'efficacia di counselling vaccinale</p>	<p>CS3 Gap formativo</p>
<p>Modalità di intervento: quali ostacoli quali strategie</p>	<p><i>“si osserva una sorta di reticenza ...sono diffidenti perché hanno ricevuto poche informazioni “</i></p> <p><i>“...vivono la vaccinazione come obbligo e non come opportunità in più di difesa”</i></p>	<p>L'assenza di una comunicazione chiara e continuativa alimenta diffidenza e riduce l'adesione</p> <p>Il diabete non è percepito dai pazienti come una condizione che richiede una prevenzione vaccinale strutturata</p>	<p>CS4 Barriere relazionali /comunicative con il paziente diabetico</p> <p>CS10 Barriere culturali</p>

	<p><i>“ il diabete viene vissuto come una cosa controllabile con la dieta e non come una patologia che espone a rischio infettivo “</i></p> <p><i>“al telefono funziona poco... gli incontri in presenza si</i></p> <p><i>“Coinvolgere specialisti e MMG”</i></p> <p><i>“ avere un riscontro ...dovrebbe esserci più collegamento fra noi e i MMG... i pediatri in questo sono più attivi “</i></p> <p><i>“ il Camper sarebbe utile in occasione dei mercati rionali”</i></p>	<p>Necessità di essere efficaci nella comunicazione dedicando il tempo dovuto</p> <p>Richiesta di supporto interprofessionale</p> <p>Interventi di prossimità percepiti come strategie efficaci</p>	<p>CS8 Strategie facilitanti</p> <p>CS5 Ostacoli organizzativi</p> <p>CS8 Strategie facilitanti</p>
--	---	---	--

Fase 5 Descrizione esaustiva del fenomeno

Sintesi narrativa dei cluster tematici degli infermieri della S.S. Vaccinazioni

Gli infermieri dell'ambulatorio vaccinale durante l'intervista descrivono l'aderenza vaccinale dei pazienti diabetici come un percorso frammentato, spesso interrotto dalla mancanza di consapevolezza, da parte della persona assistita, della condizione di fragilità infettiva a cui la malattia li espone. I pazienti giungono al servizio con informazioni incomplete e mostrano diffidenza verso proposte vaccinali multiple, vissute come un carico aggiuntivo piuttosto che come un'opportunità di prevenzione.

Il medico di medicina generale emerge come figura centrale nel processo decisionale del paziente, ma la mancata risposta o il rinvio da parte del territorio rappresentano un ostacolo rilevante alla continuità del percorso vaccinale. Gli infermieri riconoscono il proprio ruolo chiave nella prevenzione, ma segnalano limiti legati alla carenza di strumenti strutturati, di tempo dedicato e di formazione specifica.

Le strategie ritenute più efficaci sono quelle basate sulla prossimità, sull'incontro diretto con la popolazione e sulla collaborazione interprofessionale, superando modelli di promozione passiva ed esclusivamente telefonica. L'essenza del vissuto è caratterizzata da un forte senso di responsabilità professionale accompagnato dalla percezione di agire in un sistema ancora poco integrato e scarsamente orientato alla prevenzione vaccinale nei pazienti diabetici.

MEDICI SPECIALISTI S.S.D. Endocrinologia (S8 – S10)

Macro-argomenti indagati con le interviste semi-strutturate	Fase 2 Affermazioni significative estratte	Fase 3 Formulazione dei significati	Fase 4 Raggruppamento in cluster tematici
Esperienza clinica e propensione all'attività di prevenzione	<p><i>“... dedico buoni dieci minuti nella visita, soprattutto nel periodo in cui dovremmo stimolare a fare il vaccino”</i></p> <p><i>“il ruolo dello specialista è fondamentale ... deve partire da noi perché gestiamo una patologia cronica che li espone a rischio infezioni “</i></p> <p><i>“ zero tempo da dedicare alla prevenzione vaccinale “</i></p> <p><i>“dovremmo occuparcene, ma nella pratica non lo faccio”</i></p> <p><i>“devo dare una priorità ...il tempo è poco e il vaccino finisce in fondo alla lista”</i></p> <p><i>“...io mi sento, in questo momento in cui sto parlando, mi sento in difetto perché non faccio abbastanza.”</i></p>	<p>I medici specialisti riconoscono di avere un ruolo chiave nella prevenzione vaccinale</p> <p>L'applicazione pratica nella routine quotidiana non coincide con la consapevolezza del ruolo</p> <p>Tempo dedicato alla visita molto breve e denso di attività cliniche complesse</p>	<p>CS1</p> <p>Ruolo percepito versus priorità cliniche</p>

<p>Esplorazione delle conoscenze</p>	<p><i>“Non possiedo tutte le conoscenze necessarie “ sono ignorante al riguardo” le associazioni e le società scientifiche da ottobre a dicembre potrebbero divulgare maggiormente le informazioni...”</i></p>	<p>Non conoscono il PNPV nel dettaglio</p> <p>Necessità di aggiornamento e divulgazione</p>	<p>CS3 Gap formativo</p>
<p>Modalità di intervento: quali ostacoli quali strategie</p>	<p><i>“...principale ostacolo è stato il periodo Covid. Tanti messaggi forvianti, tanti pseudo-specialisti che si sono esposti senza aver competenza”</i></p> <p><i>“ nella, cartella c'è tanto scritto, e abbiamo visto che la maggior parte dei pazienti, più cose ci sono scritte, peggio è... non leggono “</i></p> <p><i>“ nella nostra cartella ambulatoriale non c'è una parte dedicata all'anamnesi vaccinale... stiamo pensando di implementarla “</i></p> <p><i>“cercare di far capire semplicemente che avendo una malattia cronica che li predispone alle infezioni, questo è uno strumento in più che sarebbe stupido non utilizzare”</i></p>	<p>Messaggi distorti e social media aggravano la problematica</p> <p>L'esperienza Covid ha generato timori, confusione e ridotto la propensione alla vaccinazione</p> <p>Utilizzare brochure con programma vaccinale , materiali multimediali, messaggi visivi</p> <p>Assenza di cartelle cliniche condivise con sezione anamnesi vaccinale</p> <p>Necessità di essere efficaci nella comunicazione dedicando il tempo dovuto</p>	<p>CS7 Conseguenze del periodo pandemico</p> <p>CS10 Barriere culturali</p> <p>CS8 Strategie facilitanti</p> <p>CS5 Ostacoli organizzativi</p> <p>CS8 Strategie facilitanti</p>

	<p><i>“...visto che noi non siamo capaci un aiuto dall'esterno. Le campagne vaccinali possono aiutare “</i></p> <p><i>“...anche l'infermiere della Diabetologia potrebbe iniziare a parlare di prevenzione vaccinale “</i></p>	Bisogno di collaborazione interprofessionale	CS8 Strategie facilitanti
--	--	--	-------------------------------------

Fase 5 Descrizione esaustiva del fenomeno

Sintesi narrativa dei cluster tematici dei medici della S.S.D. Endocrinologia

Dall'analisi tematica delle interviste ai diabetologi emergono elementi significativi che delineano un quadro complesso del rapporto tra professionisti specialistici e promozione vaccinale nei pazienti con diabete.

I medici riconoscono chiaramente il loro ruolo centrale nel sensibilizzare i pazienti, sottolineando come la fiducia riposta dai diabetici nello specialista renda questa figura particolarmente influente nei processi decisionali. Tale consapevolezza si scontra con la quotidianità clinica: il tempo ridotto disponibile durante le visite e la necessità di gestire molteplici aspetti clinici riguardanti soprattutto l'adesione terapeutica, relegano la prevenzione vaccinale a un livello marginale. La mancata integrazione del tema vaccinazioni nella “scaletta mentale” dello specialista, che vede il paziente mediamente una volta all'anno, rappresenta una delle principali barriere. A questo si aggiunge una limitata conoscenza specifica del PNPV e delle vaccinazioni raccomandate per i pazienti diabetici. Uno di loro dichiara apertamente di non possedere conoscenze aggiornate e di non avere familiarità con le indicazioni relative all'età e alla tipologia di vaccino raccomandato.

Un ulteriore ostacolo emerge dalla sfiducia sviluppatasi dopo la pandemia da Covid-19 da parte degli assistiti. Secondo gli endocrinologi, i pazienti sono stati influenzati negativamente da informazioni fuorvianti e messaggi distorti diffusi dai social media, rendendo così difficile proporre le vaccinazioni, soprattutto quelle meno note come zoster e pneumococco.

Dal punto di vista organizzativo, i professionisti lamentano l'assenza di strumenti di supporto, come sezioni dedicate nella cartella clinica o materiali informativi standardizzati. La mancanza di tali strumenti contribuisce a mantenere la vaccinazione come un argomento "accessorio" e non integrato nella pratica clinica routinaria.

Nonostante le criticità, emergono anche possibili leve facilitanti. Viene riconosciuto il valore delle campagne vaccinali, dei materiali divulgativi e della collaborazione interprofessionale con MMG, infermieri e Dipartimento di Prevenzione.

Suggeriscono inoltre di sfruttare le visite diabetologiche periodiche e gli spazi ambulatoriali per fornire materiali informativi chiari e immediatamente fruibili.

In sintesi, l'esperienza dei due diabetologi intervistati mostra come la promozione vaccinale sia condizionata da una combinazione di barriere culturali, organizzative e comunicative, ma al tempo stesso evidenzia la presenza di potenziali strategie migliorative basate sulla formazione, sull'integrazione interprofessionale e sul rafforzamento dei supporti informativi.

MEDICI del S.S.VACCINAZIONI (S12 – S16)

Macro-argomenti indagati con le interviste semi-strutturate	Fase 2 Affermazioni significative estratte	Fase 3 Formulazione dei significati	Fase 4 Raggruppamento in cluster tematici
Esperienza clinica e propensione all'attività di prevenzione	<p><i>Sì, l'analisi vaccinale riusciamo a farla, perché comunque abbiamo tutti i dati “ in anamnesi chiediamo le patologie, per il paziente diabetico, noi gli proponiamo il protocollo e diciamo di parlarne magari col medico di base o con lo specialista, quindi in quello cerchiamo di agganciarli.”</i></p> <p><i>“stampiamo la pagina con l'elenco delle vaccinazioni “</i></p> <p><i>“I medici specialisti non li inviano al centro vaccinale, cioè da quanto abbiamo capito non sembra che loro proponano più di tanto la vaccinazione”</i></p>	<p>Nell'attività vaccinale della popolazione adulta le categorie a rischio vengono intercettate</p> <p>Il counselling vaccinale avviene</p> <p>Utilizzo di strumenti informativi semplificati a supporto del counselling</p> <p>Scarsa collaborazione fra medici specialisti e diabetologi</p>	<p>CS1 Ruolo percepito versus priorità cliniche</p> <p>CS7 Strategie facilitanti</p> <p>CS5 Ostacoli organizzativi</p>
Esplorazione delle conoscenze	<p><i>“...al di là di quanti vaccini loro devono fare..., in merito alla patologia diabetica tante cose non le so , perché ripeto, non è una cosa di cui non mi sono mai occupata”</i></p>	<p>Conoscenze parziali sul diabete</p>	<p>CS3 Gap formativo</p>

<p>Esplorazione delle conoscenze</p>	<p><i>“Per quanto riguarda la campagna di informazione secondo me ha sempre senso farla sui due livelli, cioè quindi sulla popolazione sì, ma anche su di noi come personale per sensibilizzare, comunque porre un pochetto di più l'attenzione, secondo me sì.”</i></p>	<p>Parziali sono le conoscenze dei sanitari in generale, sulle vaccinazioni raccomandate ai pazienti diabetici</p>	<p>CS3 Gap formativo</p>
<p>Modalità di intervento: quali ostacoli quali strategie</p>	<p><i>“Ci vorrebbe un servizio di coordinamento fra i vari medici, cosa che ad oggi non esiste”</i> <i>“il paziente, se non vede che c'è collaborazione al 'apice, a maggior ragione non è complianti lui. Questo è il mio giudizio.</i> <i>“Forse anche un infermiere di famigli presso l'ambulatorio della cronicità ci può aiutare “</i> <i>“la parola vaccino dopo il Covid spaventa...”</i> <i>“...il paziente diabetico sta bene e dice perché devo vaccinarmi “</i></p>	<p>Assenza di un coordinamento tra i professionisti coinvolti nella prevenzione vaccinale</p> <p>Richiesta di supporto interprofessionale</p> <p>Il contesto post pandemico ha aumentato esitazione e diffidenza</p> <p>Il diabete non è percepito dai pazienti come una condizione che richiede una prevenzione vaccinale strutturata . Scarsa percezione del rischio</p>	<p>CS5 Ostacoli organizzativi</p> <p>CS8 Strategie facilitanti</p> <p>CS7 Conseguenze del periodo pandemico</p> <p>CS10 Barriere culturali</p>

	<p><i>“Secondo me dovremmo uscire di più da queste mura. Perché, secondo me, la parola prevenzione vuol dire che comunque devi andare in mezzo alla gente. Non devi aspettare che la gente venga qua.”</i></p> <p><i>“Io capisco che magari anche il diabetologo ha otto minuti in una visita. E quindi non puoi pensare che possa fare tutto. Per cui si potrebbero fare anche delle giornate in cui ci sono entrambi le figure”</i></p> <p><i>“funziona di più il messaggio passato dal medico di base e dallo specialista che gli open day o le campagne vaccinali”</i></p> <p><i>“ serve un lavoro di sinergia”</i></p>	<p>Necessità di una prevenzione attiva e territoriale</p> <p>Collaborazione multiprofessionale vista come una strategia chiave</p> <p>Maggior peso decisionale attribuito a medico specialista e MMG</p>	<p>CS8 Strategie facilitanti</p> <p>CS8 Strategie facilitanti</p> <p>CS2 Il MMG considerato leader decisionale nel percorso vaccinale</p>
--	---	--	--

Fase 5 Descrizione esaustiva del fenomeno

Sintesi narrativa dei cluster tematici dei medici della S.S. Vaccinazioni

Per i medici operanti presso la Struttura Semplice Vaccinazioni dell'Asl CN2, l'aderenza vaccinale dei pazienti diabetici è fortemente condizionata non tanto dalla disponibilità del vaccino, quanto dalla frammentazione organizzativa, dalla scarsa integrazione interprofessionale e da un contesto socioculturale post-pandemico che ha amplificato l'esitazione vaccinale.

La prevenzione vaccinale viene percepita come efficace solo se inserita in una rete strutturata e coerente, in cui MMG, specialisti, infermieri e servizi vaccinali

condividano linguaggi, strumenti e responsabilità. In assenza di tale integrazione, il paziente cronico, spesso asintomatico e sovraccarico di richieste assistenziali, fatica a riconoscere la vaccinazione come priorità di salute.

COORDINATORI INFERMIERISTICI (S5 – S14)

Macro-argomenti indagati con le interviste semi-strutturate	Fase 2 Affermazioni significative estratte	Fase 3 Formulazione dei significati	Fase 4 Raggruppamento in cluster tematici
Esperienza clinica e propensione all'attività di prevenzione	<p><i>“ad oggi non ci sono momenti dedicati all'attività specifica di prevenzione ... “i tempi dettati dall'organizzazione sono molto stretti, per cui fare counseling durante la seduta vaccinale potrebbe allungare veramente troppo i tempi”</i></p> <p><i>“...sicuramente noi abbiamo un obbligo informativo per tutti i pazienti che si rivolgono a noi”</i></p> <p><i>L'infermiere deve essere esempio.... il ruolo dell'infermiere nella prevenzione è fondamentale non solo per quello che può dire e raccontare ma anche per come sta, diciamo, al mondo.</i></p>	<p>Attività preventiva non strutturata</p> <p>Limiti organizzativi alla realizzazione di attività di counselling</p> <p>I coordinatori sono consapevoli del potenziale ruolo di prevenzione degli infermieri</p> <p>Valore del ruolo educativo / Infermiere come modello professionale</p>	<p>CS5 Ostacoli organizzativi</p> <p>CS11 Marginalità del ruolo di prevenzione dell'infermiere</p> <p>CS1 Ruolo percepito</p>

<p>Esplorazione delle conoscenze</p>	<p><i>“...ho un po' la percezione che anche negli operatori non ci sia sufficiente consapevolezza sul potenziale dato dal vaccino... sulla prevenzione. Parlo di infermieri, ma anche di medici, di specialisti in genere.”</i></p>	<p>La mancanza di formazione mirata riduce l'efficacia di counselling vaccinale</p>	<p>CS3 Gap formativo</p>
<p>Modalità di intervento: quali ostacoli quali strategie</p>	<p><i>“...non c'è consapevolezza (da parte dei pazienti diabetici) nei confronti della potenzialità del vaccino nel contrastare certe malattie “</i></p> <p><i>con i diabetici c'è veramente poca sensibilità nei confronti di questo argomento...</i></p> <p><i>“non hanno un canale preferenziale, vengono inviati ma molto raramente dagli specialisti o dai medici di medicina generale</i></p> <p><i>direi che è fondamentale che si avvii un dialogo tra i professionisti rispetto a questo tema</i></p> <p><i>“in collaborazione con altri servizi vorremmo sviluppare dei percorsi dedicati proprio a determinate categorie. Una di queste è quella dei diabetici.</i></p>	<p>Bassa percezione del rischio infettivo</p> <p>Assenza di percorsi dedicati alle categorie a rischio</p> <p>Collaborazione multiprofessionale vista come una strategia chiave</p> <p>Necessità di integrazione fra i vari servizi</p>	<p>CS10 Barriere culturali</p> <p>CS5 Ostacoli organizzativi</p> <p>CS8 Strategie facilitanti</p>

	<i>“i pazienti diventano risorsa per degli altri pazienti... una molla propulsiva verso il cambiamento, perché si ascoltano tanto i pazienti, fra di loro si creano delle amicizie che li fanno entrare in circoli virtuosi”</i>	Valore del supporto fra pari Empowerment	CS8 Strategie facilitanti
--	--	---	-------------------------------------

Fase 5 Descrizione esaustiva del fenomeno

Sintesi narrativa dei cluster tematici dei Coordinatori Infermieristici

I coordinatori infermieristici descrivono l'aderenza vaccinale nei pazienti diabetici come fortemente influenzata da una cultura preventiva debole, in cui la vaccinazione è percepita come secondaria rispetto alla gestione della patologia cronica. Tale percezione è rinforzata da limiti organizzativi, dalla mancanza di percorsi strutturati e dall'assenza di una rete integrata tra servizi ospedalieri, territoriali e di prevenzione.

I professionisti riconoscono il proprio ruolo educativo e di modello, ma segnalano la necessità di una maggiore formazione, di strumenti condivisi e strategie continuative di promozione della salute. Le campagne vaccinali risultano utili ma non sufficienti se non integrate in un sistema strutturato e proattivo, capace di coinvolgere attivamente anche i pazienti attraverso empowerment e supporto tra pari.

INFERMIERI CURE PRIMARIE (S17 – S18)

Macro-argomenti indagati con le interviste semi-strutturate	Fase 2 Affermazioni significative estratte	Fase 3 Formulazione dei significati	Fase 4 Raggruppamento in cluster tematici
Esperienza clinica e propensione all'attività di prevenzione	<i>“secondo me le cure primarie ti danno questa grandissima possibilità di portare avanti dei discorsi, seguirli nel tempo e valutare i risultati... è proprio la dinamica delle cure domiciliari che ti porta a riuscire a fare la prevenzione</i>	La continuità assistenziale può favorire l'attività infermieristica di prevenzione La prevenzione richiede tempo e relazione	CS1 Ruolo percepito versus priorità cliniche
Esplorazione delle conoscenze	<i>Non ho una preparazione così specifica in merito al PNPV... spesso e volentieri per noi si risolve con il discorso della vaccinazione antinfluenzale</i>	Insicurezza : percezione del rischio di fornire informazioni non corrette Visione riduttiva della prevenzione vaccinale	CS3 Gap formativo

<p>Modalità di intervento: quali ostacoli quali strategie</p>	<p><i>I pazienti allettati che seguiamo noi non hanno alternative se non la vaccinazione a domicilio...”</i></p> <p><i>“ ma noi non facciamo vaccinazioni a domicilio se non è presente il medico</i></p> <p><i>è proprio la figura del medico di famiglia che deve sapere per quel paziente cos'è indicato...</i></p> <p><i>“.. il paziente diabetico ha una scarca adesione terapeutica ...ancora di più sulle vaccinazioni”</i></p> <p><i>“...c'è questa diffidenza di base sul vaccino che secondo me si è esacerbata veramente dopo il covid...”</i></p> <p><i>“l'approccio più giusto che potremmo avere... uno degli approcci che potrebbe avere qualche possibilità in più di successo, potrebbe essere agire sul caregiver”</i></p>	<p>Barriere logistiche</p> <p>Limiti operativi nella vaccinazione domiciliare</p> <p>Il MMG ha un ruolo centrale</p> <p>Scarsa percezione del rischio di complicanze della malattia</p> <p>Maggiore esitazione vaccinale della popolazione adulta /diabetica dopo il periodo Covid</p> <p>Il caregiver come uno degli attori chiave nella prevenzione</p>	<p>CS5 Ostacoli organizzativi</p> <p>CS2 Il MMG è percepito come leader decisionale nel percorso vaccinale</p> <p>CS10 Barriere culturali</p> <p>CS7 Conseguenze del periodo pandemico</p> <p>CS8 Strategie facilitanti</p>
---	--	---	--

Fase 5 Descrizione esaustiva del fenomeno

Sintesi narrativa dei cluster tematici degli infermieri delle Cure Primarie

Gli infermieri delle Cure Primarie descrivono la prevenzione come un processo centrale e strutturale del proprio agire professionale, reso possibile dalla continuità della relazione e dalla frequentazione prolungata del domicilio dei pazienti allettati e proprio in questo contesto, la prevenzione vaccinale potrebbe trovare un terreno particolarmente favorevole.

Tuttavia, emerge una riduzione della prevenzione vaccinale alla sola campagna antinfluenzale, a causa di una limitata conoscenza del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale e a una mancanza di formazione specifica, che rende gli infermieri cauti nel fornire informazioni dettagliate su vaccini meno noti.

Le barriere organizzative risultano rilevanti: l'impossibilità di vaccinare autonomamente a domicilio, la dipendenza dalla disponibilità del MMG e la complessità logistica nei pazienti allettati limita fortemente l'esecuzione delle vaccinazioni.

Il paziente diabetico viene descritto come una persona poco consapevole del rischio infettivo che sottovaluta le azioni preventive proposte. Questo atteggiamento risulta ulteriormente aggravato dalla diffidenza verso i vaccini emersa dopo la pandemia da Covid-19.

In tale scenario, gli infermieri individuano nel caregiver un attore chiave: intervenire su chi si prende cura quotidianamente del paziente fragile appare la strategia più efficace rispetto al dialogo diretto con il paziente stesso, soprattutto nei grandi anziani.

Nel complesso, il vissuto degli infermieri delle Cure Primarie restituisce l'immagine di una prevenzione potenzialmente molto efficace, ma ancora poco strutturata, che richiede integrazione interprofessionale, formazione mirata e modelli organizzativi più flessibili per tradursi in reale aderenza vaccinale nei pazienti diabetici fragili.

INFERMIERI AMBULATORIO S.S.D. Endocrinologia e diabetologia (S 6 - S 7)

Macro-argomenti indagati con le interviste semi-strutturate	Fase 2 Affermazioni significative estratte	Fase 3 Formulazione dei significati	Fase 4 Raggruppamento in cluster tematici
Esperienza clinica e propensione all'attività di prevenzione	<p><i>“nella nostra routine non andiamo ad indagare sul vaccino</i></p> <p><i>...attualmente i tempi sono molto ristretti”</i></p> <p><i>“Non dedico tutto il tempo che vorrei...”</i></p>	<p>L'anamnesi vaccinale non è parte strutturata dell'accertamento infermieristico</p> <p>Riconoscimento di una forte identità preventiva dell'infermiere</p>	<p>CS1 Ruolo percepito versus priorità cliniche</p> <p>CS11 Marginalità del ruolo di prevenzione dell'infermiere</p>
Esplorazione delle conoscenze	<p><i>Non conosciamo tutte le vaccinazioni raccomandate per i pazienti diabetici</i></p>	<p>Gli infermieri riconoscono un gap formativo sulle vaccinazioni raccomandate</p>	<p>CS3 Gap formativo</p>
Modalità di intervento: quali ostacoli quali strategie	<p><i>...Il medico di base è quello che prende in carico il paziente soprattutto a livello temporale... noi abbiamo pazienti che vediamo ogni due aa”</i></p> <p><i>“... è lui che ha in carico il paziente in toto”</i></p> <p><i>“ I nostri pazienti hanno il timore che magari un vaccino possa ulteriormente provocare uno scompenso ”</i></p>	<p>La presa in carico vaccinale è delegata al MMG</p> <p>Il vaccino vissuto dai pazienti come potenziale causa di scompenso glicemico</p>	<p>CS2 Il MMG è percepito come leader decisionale nel percorso vaccinale</p> <p>CS10 Barriere culturali</p>

	<p><i>“avevamo visto che dalla somministrazione del vaccino Covid-19 c'era un rialzo glicemico...”</i></p> <p><i>“...è comunque un paziente fragile, abbiamo detto, non c'è solo il diabete, ma c'è l'insufficienza renale, piuttosto che la parte cardiologica, piuttosto che quella neurologica; quindi, sono veramente complessi</i></p> <p><i>“ necessità di campagne più mirate ... perché è giusto che la gente sia informata anche sui rischi a cui si va incontro se non si vaccinano (es ospedalizzazioni)</i></p> <p><i>“ ci vorrebbe una scheda informativa che potremmo dare a livello di prima visita per i pazienti nuovi...”</i></p>	<p>Il carico assistenziale di un paziente cronico limita l'aderenza terapeutica e di conseguenza anche quella vaccinale</p> <p>Le campagne vaccinali generaliste rischiano di non intercettare i pazienti fragili</p> <p>Utilizzo di strumenti informativi semplificati a supporto del counselling</p>	<p>CS7 Conseguenze del periodo pandemico</p> <p>CS4 Barriere relazionali /comunicative Ridotta motivazione</p> <p>CS6 Strategie percepite come utili ma non sufficienti</p> <p>CS8 Strategie facilitanti</p>
--	---	--	--

Fase 5 Descrizione esaustiva del fenomeno

Sintesi narrativa dei cluster tematici infermieri S.S.D Endocrinologia e diabetologia

L'esperienza degli infermieri della diabetologia evidenzia la consapevolezza del valore della prevenzione vaccinale, che tuttavia rimane marginale nella pratica quotidiana. La vaccinazione non è integrata in modo sistematico nell'accertamento infermieristico e viene spesso delegata ad altre figure, in particolare al medico di medicina generale.

Questa delega è sostenuta sia da limiti organizzativi (tempi ristretti, assenza di strumenti operativi) sia da un gap formativo percepito, che genera incertezza nel fornire informazioni complete e aggiornate.

Dal punto di vista dei pazienti, emerge una forte ambivalenza: da un lato il riconoscimento della fragilità legata al diabete, dall'altro la paura che il vaccino possa compromettere il compenso glicemico, timore rafforzato dall'esperienza del periodo Covid-19. Gli infermieri descrivono inoltre il paziente diabetico come già sovraccarico di richieste terapeutiche, rendendo difficile introdurre ulteriori raccomandazioni senza il rischio di generare rifiuto o affaticamento.

L'essenza del fenomeno risiede quindi in una disconnessione tra il potenziale ruolo preventivo dell'infermiere e la sua concreta possibilità di agire, indicando la necessità di strumenti semplici, formazione mirata e un approccio integrato multiprofessionale per migliorare l'aderenza vaccinale.

MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG) S 13 – S 18

Macro-argomenti indagati con le interviste semi-strutturate	Fase 2 Affermazioni significative estratte	Fase 3 Formulazione dei significati	Fase 4 Raggruppamento in cluster tematici
<p>Esperienza clinica e propensione all'attività di prevenzione</p>	<p><i>S13 "...la vaccinazione non è la prima cosa a cui si pensa ...sì forse quando lo si intercetta nel periodo influenzale"</i> <i>"... sicuramente fa parte dei nostri compiti"</i> <i>S18</i> <i>"...io l'unica che faccio è l'antiinfluenzale. Il resto lo mando al servizio vaccinale"</i></p> <p><i>Io penso invece che dovrebbe essere lo specialista. Ecco. Perché se lo dice lo specialista, insieme alla terapia di fanno, forse si riesce a fare qualcosa"</i> <i>"il MMG non viene sempre ascoltato"</i> <i>"Un infermiere sicuramente può fare informazione però ti dico un infermiere già è una figura dopo di noi quindi..."</i> <i>S13</i> <i>"ma se gli si propone la vaccinazione per lo pneumococco e il zoster, si riesce a organizzare o qui o anche negli ambulatori periferici con poca difficoltà"</i></p>	<p>Parlare di vaccinazioni non è la priorità durante la visita in ambulatorio</p> <p>Viene data esclusiva priorità alla campagna contro l'influenza stagionale</p> <p>Maggiore autorevolezza del medico specialista versus MMG percepito come meno incisivo</p> <p>Assenza di riconoscimento sociale dell'infermiere</p> <p>Buona collaborazione fra SS Vaccinazioni ed ambulatori MMG</p>	<p>CS1 Ruolo percepito versus priorità cliniche</p> <p>CS2 Medico specialista percepito come leader decisionale nel percorso vaccinale</p> <p>CS11 Marginalità del ruolo di prevenzione dell'infermiere</p> <p>CS8 Strategie facilitanti</p>

<p>Esplorazione delle conoscenze</p>	<p><i>S13 “sono più ferrato su quelle che possiamo fare noi. Sì, Covid antinfluenzale, pneumococco, zoster ... però poi ecco su quando le devono fare, in che richiami eccetera, non mi ricordo benissimo ovvio che è un ripasso, ogni tanto fa sempre bene”</i></p>	<p>Parziali sono le conoscenze sui vaccini raccomandati ai pazienti diabetici</p> <p>Necessità di acquisire maggiori competenze Aggiornamenti chiari e periodici</p>	<p>CS3 Gap formativo</p>
<p>Modalità di intervento: quali ostacoli quali strategie</p>	<p><i>S13”... avere un infermiere in un gruppo di Medici di Medicina Generale che ha anche il compito di reclutare i pazienti diabetici... ti permette di fare anche della medicina di iniziativa “</i></p> <p><i>il paziente giovane, soprattutto se è un nuovo diabetico... E se sta bene... inizia magari da un momento all'altro a prendere tanti farmaci... statine, antiipertensivo... pensare di voler anche fare i vaccini è l'ultima cosa che vuole fare.</i></p> <p><i>S18</i> <i>Forse i più sensibili sono i cardiopatici, ma i diabetici già hanno una scarsa aderenza alla terapia normale “Ripeto, dopo il Covid non vogliono più fare vaccini...”</i></p>	<p>Bassa percezione del rischio infettivo da parte del paziente diabetico</p> <p>Sovraccarico assistenziale del paziente</p> <p>L'esitazione vaccinale è aumentata dopo il periodo Covid</p>	<p>CS8 Strategie facilitanti</p> <p>CS9 Ruolo operativo infermieri</p> <p>CS10 Barriere culturali</p> <p>CS7 Conseguenze del periodo pandemico</p>

	<p><i>S13 sono abbastanza convinto che per raggiungere percentuali più elevate si debba lavorare un po' per come si lavora con la gestione integrata del diabete. ma il lavoro degli specialisti non è sufficiente ...</i></p> <p><i>lavora bene un medico di famiglia, sa quanti pazienti diabetici ha, può estrapolare i dati dei propri pazienti e può andare a capire quali hanno fatto le vaccinazioni e quali no.</i></p> <p><i>non basta mettere il cartello del volantino in sala d'attesa, c'è bisogno di andarli a chiamare... serve un lavoro più capillare</i></p>	<p>Necessità di un approccio proattivo e strutturato</p> <p>Centralità della figura del MMG</p>	<p>CS8 Strategie facilitanti</p> <p>CS2 Il MMG è percepito come leader decisionale nel percorso vaccinale</p> <p>CS6 Strategie percepite come utili ma non sufficienti</p>
--	--	---	---

Fase 5 Descrizione esaustiva del fenomeno

Sintesi narrativa dei cluster tematici MMG

Dalle interviste ai due Medici di Medicina Generale emerge un vissuto professionale caratterizzato da una consapevolezza dell'importanza della prevenzione vaccinale, che tuttavia si scontra con vincoli di tempo, priorità cliniche concorrenti e limiti organizzativi strutturali. La vaccinazione nei pazienti diabetici viene spesso percepita come un intervento rilevante ma non urgente, relegato ad un preciso arco temporale (campagna vaccinazione antinfluenzale), che tende a essere rimandato o delegato ad altri professionisti, in particolare al medico specialista o ai servizi vaccinali.

Entrambi riconoscono come il paziente diabetico presenti una bassa percezione del rischio infettivo, soprattutto per le vaccinazioni meno note, e come il carico terapeutico quotidiano renda difficile introdurre ulteriori raccomandazioni preventive senza generare resistenza o affaticamento.

Un elemento centrale è rappresentato dalla relazione di fiducia: in particolare uno dei due MMG intervistati è fermamente convinto che le indicazioni fornite dallo specialista risultano più persuasive rispetto a quelle del medico di famiglia, contribuendo a una percezione di ridotta autorevolezza del proprio ruolo nella prevenzione vaccinale.

Il periodo post-pandemico ha ulteriormente complicato il contesto, generando diffidenza, stanchezza e disorientamento rispetto ai messaggi vaccinali. Un MMG individua come strategia potenzialmente efficace la medicina di iniziativa, basata su convocazioni attive e su un lavoro di rete con infermieri, servizi vaccinali e specialisti, sottolineando però la necessità di strumenti condivisi, personale di supporto e un coordinamento strutturato.

Allegato 5

ANALISI TEMATICA SECONDO METODO COLAIZZI

Popolazione pazienti diabetici residenti in ASL CN2 (P1,P2,P3, P4, P5, P6, P7,P8)

Macro-argomenti indagati con le interviste semi-strutturate	Fase 2 Affermazioni significative estratte	Fase 3 Formulazione dei significati	Fase 4 Raggruppamento in cluster tematici CP
Conoscenze sulle vaccinazioni raccomandate	<p><i>“...io faccio solo quello per l’influenza...altri vaccini non so neanche che ci siano “P5</i></p> <p><i>“Per quanto riguarda il diabete , non me ne hanno ancora parlato...” P2</i></p> <p><i>“.. non ho conoscenze. Nessuno ne ha mai parlato. Nessuno. P7</i></p> <p><i>“Non sono a conoscenza ... Appositamente per le persone diabetiche ti direi no. Non ti saprei dire.”P1</i></p> <p><i>“...ho fatto tutte le punture che era tempo di fare, me lo dice sempre la dottoressa “ P6</i></p>	<p>Conoscenza limitata delle vaccinazioni raccomandate</p> <p>Mancanza di informazione specifica sul legame diabete e prevenzione vaccinale</p> <p>Buona informazione favorita da un MMG proattivo</p>	<p>CP1 Conoscenze frammentarie</p> <p>CP2 Centralità del MMG</p>
Opinioni e atteggiamenti riguardo la prevenzione vaccinale	<p><i>“ secondo me è molto importante fare i vaccini “P4</i></p> <p><i>“Se avessi le informazioni, sì...li farei Per cosa servono e anche a cosa vada incontro”P5</i></p>	<p>Atteggiamento complessivamente favorevole verso la prevenzione vaccinale</p>	<p>CP3 Potenziale disponibilità al cambiamento se adeguatamente informati</p>

	<p><i>“so che dovrei farli, ma non li faccio tutti... non ho mai avuto disturbi per cui non sono spinto a fare la vaccinazione “ P2</i></p> <p><i>“... dopo che me li hanno fatti insieme sono stato malissimo e da allora ho paura “ P4</i></p> <p><i>“... conosco diversi amici, proprio amici, che facendo questo covid hanno preso la malattia nelle gambe e io sarò anche uno così ...il covid non lo faccio più” P1</i></p> <p><i>“...sto uscendo da una brutta influenza ... Adesso per fortuna sto meglio ma se qualcuno me lo avesse detto...avrei fatto il vaccino “ P7</i></p> <p><i>“... avendo anche l’asma , la dottoressa mi ha sempre detto che era meglio farle “P3</i></p> <p><i>“ ...con il vaccino l’influenza l’ho presa più leggera “P6</i></p>	<p>Discrepanza fra consapevolezza e comportamenti</p> <p>La percezione di buona salute riduce la motivazione alla prevenzione</p> <p>Esperienze negative pregresse possono influenzare negativamente una futura adesione</p> <p>Vissuto negativo a seguito di una mancata vaccinazione</p> <p>La presenza di altre comorbilità</p> <p>L’esperienza positiva a seguito dell’aderenza vaccinale</p>	<p>CP4 Vaccinazione percepita come utile ma non prioritaria</p> <p>CP5 Esperienza negativa come fattore ostacolante</p> <p>CP6 Consapevolezza dei benefici della prevenzione vaccinale</p>
--	---	---	---

<p>Fonti di informazioni</p>	<p><i>“ il diabetologo non dice mai niente dei vaccini “ P1</i> <i>“ il diabetologo non mi ha mai parlato di vaccinazioni “P 7</i></p> <p><i>“ la mia dottoressa di base me lo dice sempre “ P3</i> <i>“il mio medico mi chiama quando c è da fare qualcosa “ P6</i></p> <p><i>“...io vado ai comandi di mia figlia ...”</i></p> <p><i>“Secondo me basterebbe anche solo che mi arrivi una lettera a casa. Faccio esempio papilloma virus che comunque se non ricordo male è arrivata la lettera a casa anche se non era obbligatorio io l'ho fatto. Cosa che se magari non mi fosse arrivata la lettera ma ci fosse scritto solo da un medico molto probabilmente non avrei aderito”</i></p>	<p>Assenza di counselling vaccinale da parte dello specialista diabetologo</p> <p>IL MMG considerato come principale riferimento informativo</p> <p>I caregiver come facilitatori nel veicolare le informazioni</p> <p>Informazione diretta tramite comunicazione scritta</p>	<p>CP7 Ruolo marginale dello specialista riguardo la prevenzione vaccinale</p> <p>CP2 Il MMG considerato leader decisionale nel percorso vaccinale</p> <p>CP8 Importanza del ruolo del care giver</p> <p>CP9 Strategia facilitante</p>
------------------------------	---	---	--

