

## INDAGINE ONLINE SUI MOTIVI DELLE SCELTE VACCINALI

Indirizzata a genitori di bambini di età compresa tra 16 mesi e 5 anni

L'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana sta conducendo un'indagine anonima con lo scopo di conoscere i motivi che sono alla base della scelta di vaccinare i propri figli.

L'interesse è rivolto a comprendere quali sono i principali timori dei genitori nei confronti delle vaccinazioni ed allo stesso tempo il livello di consenso nei confronti della legge nazionale sull'obbligo di vaccinazione per 10 vaccini.

Se sei un genitore con almeno un bambino di età compresa tra 16 mesi e 5 anni, ti chiediamo di partecipare all'indagine [facendo click qui](#). Il questionario, proposto su base volontaria, richiede un impegno di circa 15 minuti.

*I principali risultati dell'indagine sono forniti in tempo reale.*

**Se ti è possibile diffondi questa informazione tra coloro ritieni possano essere interessati a fornire il loro contributo. Grazie.**

- 
- 1. Ha uno o più figli di età compresa tra 16 mesi e 5 anni compiuti? (1 sola risposta possibile)**  
 No (Questionario finito!)  1  2 o più
  - 2. Se sì, indicare l'età del figlio più piccolo (tra quelli di età tra 16 mesi e 5 anni): \_\_\_\_\_**  
mesi compiuti

---

### SEZIONE 1: STATO VACCINALE

---

Questa sezione si riferisce al bambino di cui hai indicato l'età nella precedente domanda 2.

Considerata la difficoltà nel ricordare le vaccinazioni effettuate, ti suggeriamo di consultare il libretto vaccinale del bambino per compilare le domande che seguono. Se non puoi averlo sottomano, utilizza le informazioni contenute nella seguente Tabella 1:

Tabella 1

VACCINO	INFO	DOSI SOMMINISTRATE
<b>Esavalente</b>	E' il primo vaccino proposto ai nuovi nati. Protegge contro 6 malattie: Difterite-Tetano-Pertosse-Poliomielite- Epatite B- Haemophilus influenzae b (hib)	3 dosi entro il 13° mese di vita

<b>Quadrivalente</b>	Protegge contro 4 malattie: Morbillo-Parotite-Rosolia-Varicella (MPRV)	2 dosi, la prima entro il 15° mese di vita, la seconda a 5-6 anni di vita
<b>Trivalente</b>	Offerto in alternativa al quadrivalente MPRV per coloro che non sono interessati alla vaccinazione per varicella. Protegge contro 3 malattie: Morbillo-Parotite-Rosolia	2 dosi, la prima entro il 15° mese di vita, la seconda a 5-6 anni di vita
<b>Pneumococco</b>	Vaccinazione proposta assieme all'esavalente. Protegge contro 1 malattia	3 dosi, le prime 2 assieme all'esavalente, la terza entro il 15° mese di vita
<b>Meningococco C</b>	Protegge contro 1 malattia	1 dose entro il 15° mese di vita
<b>Meningococco B</b>	Protegge contro 1 malattia	4 dosi entro il 13° mese di vita
<b>Rotavirus</b>	Protegge contro 1 malattia	2 dosi entro il 6° mese di vita

### 3. Suo figlio è vaccinato per le seguenti malattie?

Inserire una crocetta per rispondere (1 sola risposta possibile per riga)

Tipo vaccino		A	B	C	D	E	F	G	H
		Vaccinato entro i tempi previsti per l'età (vedi box1)	Vaccinato (ho iniziato il ciclo vaccinale) oltre i tempi previsti per l'età (vedi box1)	Ha iniziato il ciclo vaccinale, ma lo ha interrotto	Non è vaccinato, ma ho intenzione di vaccinarlo	Non è vaccinato, e NON ho intenzione di vaccinarlo	Non è vaccinato e non so se lo vaccinerò	Non conosco questo vaccino	Non ricordo
<b>Esavalente</b>	1. Tetano								
	2. Poliomielite								
	3. Difterite								
	4. Pertosse								
	5. Hib								
	6. Epatite B								
<b>MPRV</b>	7. Morbillo (1a dose)								
	8. Parotite (1a dose)								
	9. Rosolia (1a dose)								
	10. Varicella								
	11. Meningococco B								
	12. Meningococco C (1a dose)								
	13. Pneumococco								
	14. Rotavirus								

### 4. Ha mai avuto dubbi sull'opportunità di vaccinare suo figlio? (1 sola risposta possibile)

- Sì  
 No  
 Non so/Non ricordo

\*\*\*\*\***Compilare SOLO se ha indicato la RISPOSTA B per una o più vaccinazioni:**\*\*\*\*\*

### 5. Quale è il motivo principale per cui ha deciso di POSTICIPARE una o più vaccinazioni (quelle per cui ha indicato la risposta B nella domanda 3)? (1 sola risposta possibile per riga)

- Malattie/condizioni di salute che non hanno consentito la vaccinazione (controindicazioni)

- Dubbi legati all'utilità delle vaccinazioni
- Dubbi legati alla sicurezza delle vaccinazioni
- Consideravo mio figlio troppo piccolo
- Mi è stato sconsigliato di aderire al programma vaccinale da operatori sanitari
- Motivi religiosi
- Dimenticanza/Impossibilità di rispettare la data dell'appuntamento per motivi personali
- Ho ricevuto l'invito in ritardo
- Altro (specificare: \_\_\_\_\_)
- Non so/Non ricordo

**6. La decisione di POSTICIPARE una o più vaccinazioni è stata presa in accordo con un operatore sanitario? (1 sola risposta possibile)**

- No, ho deciso autonomamente senza consultare il pediatra o altro operatore sanitario
- No, ho deciso autonomamente nonostante il pediatra/medico di famiglia o altro operatore sanitario consultato non fosse d'accordo con la mia decisione
- Sì, in accordo con il pediatra/medico di famiglia
- Sì, in accordo con un altro operatore sanitario (diverso dal pediatra di famiglia)
- Altro (specificare: \_\_\_\_\_)
- Non so/Non ricordo

\*\*\*\*\***Compilare SOLO se ha indicato la RISPOSTA C per una o più vaccinazioni.**\*\*\*\*\*

**7. Quale è il motivo principale per cui ha INTERROTTO una o più vaccinazioni (quelle per cui ha indicato la risposta C nella domanda 3)? (1 sola risposta possibile per riga)**

- Malattie/condizioni di salute che non hanno consentito la vaccinazione (controindicazioni)
- Dubbi legati all'utilità delle vaccinazioni
- Dubbi legati alla sicurezza delle vaccinazioni
- Consideravo mio figlio troppo piccolo
- Mi è stato sconsigliato di aderire al programma vaccinale da operatori sanitari
- Motivi religiosi
- Dimenticanza/Impossibilità di rispettare la data dell'appuntamento
- Altro (specificare: \_\_\_\_\_)
- Non so/Non ricordo

**8. La decisione di INTERROMPERE una o più vaccinazioni è stata presa in accordo con un operatore sanitario? (1 sola risposta possibile)**

- No, ho deciso autonomamente senza consultare il pediatra o altro operatore sanitario
- No, ho deciso autonomamente nonostante il pediatra di famiglia o altro operatore sanitario consultato non fosse d'accordo con la mia decisione
- Sì, in accordo con il mio pediatra di famiglia
- Sì, in accordo con il centro vaccinale della ASL
- Sì, in accordo con un altro operatore sanitario (diverso dal pediatra di famiglia)
- Altro (specificare: \_\_\_\_\_)
- Non so/Non ricordo

\*\*\*\*\***Compilare SOLO se ha indicato la RISPOSTA D, E o F per una o più vaccinazioni.**\*\*\*\*\*

**9. Quale è il motivo principale per cui NON HA FATTO una o più vaccinazioni (quelle per cui ha indicato la risposta D, E o F nella domanda 3)? (1 sola risposta possibile per riga)**

- Malattie/condizioni di salute che non hanno consentito la vaccinazione (controindicazioni)
- Dubbi legati all'utilità delle vaccinazioni
- Dubbi legati alla sicurezza delle vaccinazioni
- Consideravo mio figlio troppo piccolo
- Mi è stato sconsigliato di aderire al programma vaccinale da operatori sanitari
- Motivi religiosi
- Dimenticanza/Impossibilità di rispettare la data dell'appuntamento
- Non ho ricevuto l'invito

- Altro (specificare: \_\_\_\_\_)
- Non so/Non ricordo

**10. La decisione di NON FARE una o più vaccinazioni è stata presa in accordo con un operatore sanitario?**

*(1 sola risposta possibile)*

- No, ho deciso autonomamente senza consultare il pediatra o altro operatore sanitario
- No, ho deciso autonomamente nonostante il pediatra di famiglia o altro operatore sanitario consultato non fosse d'accordo con la mia decisione
- Sì, in accordo con il mio pediatra di famiglia
- Sì, in accordo con il centro vaccinale della ASL
- Sì, in accordo con un altro operatore sanitario (diverso dal pediatra di famiglia)
- Altro (specificare: \_\_\_\_\_)
- Non so/Non ricordo

**SEZIONE 2: OPINIONI SULLE VACCINAZIONI**

**11. Quanto è d'accordo con queste affermazioni? (1 sola risposta possibile per riga)**

	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla	Non ho un'opinione
1. Se si smettesse di vaccinare, malattie oggi molto rare potrebbero tornare in circolazione					
2. L'intera comunità trae beneficio dalla vaccinazione dei bambini					
3. I vaccini obbligatori (ad esempio tetano) sono più importanti di quelli non obbligatori (ad esempio pneumococco o meningococco C)					
4. Ho paura delle reazioni che si possono verificare subito dopo la vaccinazione					
5. Ho paura dei possibili danni che si possono verificare a distanza di anni dalla vaccinazione					
6. I vaccini provocano l'autismo					
7. I vaccini indeboliscono o sovraccaricano il sistema immunitario					
8. La vaccinazione non serve se si seguono stili di vita sani o rimedi naturali					
9. Iniziare a vaccinare al terzo mese di vita è troppo presto ed è meglio aspettare che il bambino cresca					
10. Alcuni vaccini sono più pericolosi delle infezioni che prevengono					
11. L'offerta dei vaccini nelle ASL è influenzata dagli interessi economici delle case farmaceutiche					
12. Molti vaccini contengono mercurio					
13. Quando ho preso una decisione sulla vaccinazione di mio figlio non mi sentivo adeguatamente informata					
14. Gli operatori sanitari danno informazioni sui benefici delle vaccinazioni ma non sui rischi					
15. Le vaccinazioni offerte gratuitamente dalle ASL sono troppe					
16. Preferirei che a mio figlio non venissero somministrati più vaccini nella stessa seduta vaccinale					
17. Non penso servano le vaccinazioni: le malattie che prevengono non sono così gravi					
18. Se una vaccinazione è raccomandata dal pediatra di famiglia è sicura					
19. Se una vaccinazione è raccomandata dalla ASL è sicura					
20. Gli operatori della ASL dedicano sufficiente tempo a rispondere a eventuali dubbi sulle vaccinazioni					
21. Gli operatori della ASL sono competenti sulle vaccinazioni					
22. Il mio pediatra dedica sufficiente tempo all'argomento vaccini					
23. Il mio pediatra è competente sulle vaccinazioni					
24. L'opinione del mio pediatra è determinante per prendere					

una decisione sulle vaccinazioni					
25. I vaccini combinati (più vaccini nello stesso preparato, ad esempio l'esavalente) costituiscono un problema perché limitano la libertà di scegliere quali vaccinazioni accettare					
26. I vaccini combinati (più vaccini nello stesso preparato, ad esempio l'esavalente) costituiscono un problema perché sovraccaricano il sistema immunitario					
27. L'unica ragione per cui ho vaccinato mio figlio è per poterlo iscrivere a scuola					
28. La legge che introduce l'obbligo di aver effettuato 10 vaccini per essere iscritti a scuola, introdotta in Italia nel 2017, è un intervento appropriato per garantire l'incremento delle coperture vaccinali ormai da troppi anni in costante calo					

**12. Relativamente alle vaccinazioni offerte gratuitamente dalla ASL, che consiglio le ha dato il suo pediatra di famiglia? (1 sola risposta possibile)**

- Mi ha consigliato di farle tutte
- Mi ha consigliato di farne solo alcune
- Mi ha consigliato di non fare nessuna vaccinazione
- Non ha espresso una sua opinione sull'opportunità di fare o non fare la vaccinazione
- Non parlo/ho parlato di vaccinazioni con il mio pediatra
- Non so/non ricordo

**13. Ha trovato discordanza di opinioni sulle vaccinazioni del bambino da parte di diversi operatori sanitari che ha consultato? (1 sola risposta possibile)**

- Sì
- No
- Ho consultato solo un pediatra/medico di fiducia
- Non ho consultato alcun operatore sanitario
- Non so/non ricordo

**14. Ha conosciuto personalmente genitori di bambini che hanno avuto reazioni gravi dopo la vaccinazione? (1 sola risposta possibile)**

- No
- Sì, genitori di bambini che dopo la vaccinazione hanno avuto febbre oltre i 39 gradi
- Sì, genitori di bambini che dopo la vaccinazione hanno avuto reazioni più serie, come convulsioni, shock, svenimento o altra manifestazione allergica importante
- Sì, genitori di bambini che dopo la vaccinazione hanno avuto altre reazioni (specificare: \_\_\_\_\_)
- Non so/non ricordo

**15. Come cura prevalentemente i suoi figli? (1 sola risposta possibile)**

- Medicina tradizionale
- Omeopatia
- Naturopatia o altri tipi di cure alternative

**SEZIONE 3: FONTI DI INFORMAZIONI SULLE VACCINAZIONI**

**16. Qualora avesse un dubbio sui rischi o sui reali benefici di un vaccino, quali delle seguenti fonti consulterebbe per avere informazioni?(sono possibili al massimo 3 risposte)**

- Pediatra di famiglia
- Altri medici di fiducia
- Servizi vaccinali della ASL
- Associazioni contrarie alle vaccinazioni (incluse associazioni su web)
- Internet
- Amici/conoscenti/parenti
- Altro (specificare: \_\_\_\_\_)

- Nessuna
- Non so/Non ricordo

**17. Quanto considera affidabili le seguenti fonti di informazione sui vaccini? (1 sola risposta possibile per riga)**

	Molto affidabile	Abbastanza affidabile	Poco affidabile	Non affidabile	Non ho un'opinione
1. Pediatra di famiglia					
2. Altri medici di fiducia					
3. Servizi vaccinali della ASL					
4. Associazioni contrarie alle vaccinazioni (incluse associazioni su web)					
5. Internet					
6. Amici/conoscenti/parenti					
7. Altro (specificare: _____)					

**18. Ha ricevuto informazioni sulle vaccinazioni pediatriche nell'ospedale in cui è avvenuto il parto?**

(1 sola risposta possibile)

- No
- Sì, abbiamo affrontato l'argomento "vaccinazioni"
- Hanno solo comunicato di rivolgermi ad Asl/pediatra
- Non so/non ricordo

**19. Ha ricevuto informazioni sulle vaccinazioni pediatriche durante il corso pre-parto? (1 sola risposta possibile)**

- No
- Sì, abbiamo affrontato l'argomento "vaccinazioni"
- Hanno solo comunicato di rivolgermi ad Asl/pediatra
- Non ho frequentato il corso pre-parto
- Non so/non ricordo

**20. Ha ricevuto informazioni sulle vaccinazioni pediatriche dal ginecologo/ostetrica che ha seguito la gravidanza? (1 sola risposta possibile)**

- No
- Sì, abbiamo affrontato l'argomento "vaccinazioni"
- Ha solo comunicato di rivolgermi ad Asl/pediatra
- Non so/non ricordo

**21. Quali sono i principali siti web che consulta per avere informazioni sui vaccini?**

(Selezionare al massimo 3 risposte)

- Non consulto siti web per avere informazioni sui vaccini
- Non consulto siti specifici, faccio una ricerca generica su Google o altri motori di ricerca
- Wikipedia
- Sito della mia Regione/ASL
- Siti istituzionali (es. Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, AIFA)
- Siti/forum che sconsigliano le vaccinazioni (COMILVA, Assis, ...)
- Siti/forum che le promuovono (VaccinarSì, EpiCentro, Perché vaccino, ...)
- Altro (specificare: \_\_\_\_\_)
- Non ricordo

---

**SEZIONE 4: INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA**

---

**22. Chi ha compilato il questionario?**

- Madre
- Padre

Insieme

**23. Chi prende prevalentemente le decisioni sulle vaccinazioni dei figli?**

- Madre  
 Padre  
 Insieme

**24. Età (in anni compiuti):**

A. Madre: \_\_\_\_\_ anni  
B. Padre: \_\_\_\_\_ anni

**25. Nazionalità**

A. Madre	B. Padre
<input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Straniera	<input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Straniera

**26. Grado di istruzione**

A. Madre	B. Padre
<input type="checkbox"/> Nessun titolo di studio <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> Licenza media <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Laurea	<input type="checkbox"/> Nessun titolo di studio <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> Licenza media <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Laurea

**27. Professione**

A. Madre	B. Padre
<input type="checkbox"/> Occupato a tempo pieno <input type="checkbox"/> Occupato part-time <input type="checkbox"/> Non occupato	<input type="checkbox"/> Occupato a tempo pieno <input type="checkbox"/> Occupato part-time <input type="checkbox"/> Non occupato

**28. Se occupato, l'attività si svolge in ambito sanitario?**

A. Madre	B. Padre
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

**29. Comune di domicilio:**

C. Madre: \_\_\_\_\_  
D. Padre: \_\_\_\_\_

**30. Se vuole lasciare un commento circa la sua opinione sulle vaccinazioni può usare lo spazio seguente (caratteri disponibili: 2.000)**

--

**Grazie del suo contributo!**