

Promuovere l'equità nella vaccinazione in Europa

Fermare in Europa la diffusione
delle malattie prevenibili con
vaccini tra le persone che vivono
in povertà ed esclusione sociale

INDICE

01. Prefazione	6
02. Introduzione	8
03. Perché le persone colpite dalla povertà o dall'esclusione sociale sono vaccinate al di sotto della soglia ottimale?	14
<i>Focus speciale: il ruolo delle donne</i>	16
Priorità chiave 1: dati	18
Priorità chiave 2: accesso	21
Priorità chiave 3: fiducia	24
<i>Focus Speciale: progettare risposte comunitarie</i>	27
04. Raccomandazioni per l'azione	28
05. Allegato	
1) Risorse chiave	30
2) Esempi di progetti finanziati dall'UE	32



Nonostante sia una regione ad “alto reddito” a livello globale, l'Europa presenta ampie aree di disparità e iniquità sanitaria, in particolare nelle popolazioni urbane che vivono in povertà.

Questo report cerca di esplorare la complessa relazione tra povertà, esclusione sociale e vaccinazioni sotto la soglia ottimale e fornire raccomandazioni pratiche per promuovere l'equità nella vaccinazione.

MSD ha contribuito al finanziamento di questo report e ha fornito input come parte di un approccio ampio di raccolta di informazioni da parte degli autori di Business Fights Poverty. I risultati, le opinioni e le conclusioni sono opera degli autori e non rappresentano necessariamente i risultati, le opinioni o le conclusioni di MSD.

Definizioni chiave

Uguaglianza significa che a ogni individuo o gruppo di persone sono date le stesse risorse o opportunità.

Equità riconosce che ogni persona vive circostanze diverse e assegna le risorse e opportunità specifiche che sono necessarie per ottenere un uguale esito¹.

Equità nella vaccinazione è definita come "Un mondo in cui tutti, ovunque, ad ogni età, beneficiano pienamente dei vaccini per la buona salute e il benessere" (Agenda di Immunizzazione 2030 dell'OMS). Si differenzia dall'equità dei vaccini che tende a riferirsi solo alla distribuzione equa dei vaccini.

Indici di povertà utilizzati nell'UE (Eurostat):

Deprivazione materiale: Percentuale della popolazione che sperimenta una mancanza forzata di 5 dei 13 elementi ritenuti desiderabili o necessari per condurre una vita adeguata.

Grave deprivazione materiale: Percentuale della popolazione che sperimenta una mancanza forzata di almeno 7 dei 13 elementi ritenuti desiderabili o necessari.

Rischio di povertà: La soglia di rischio di povertà è fissata al 60% del reddito medio equivalente disponibile a livello nazionale (al netto di contributi sociali).

Esclusione sociale: Nel contesto dell'UE, una situazione in cui a una persona viene impedito di (o questa viene esclusa dal) contribuire e trarre beneficio dai progressi economici e sociali².

Approccio basato sull'intero arco della vita: L'approccio basato sull'intero arco della vita in materia di immunizzazione riconosce il ruolo dell'immunizzazione come strategia per prevenire le malattie e massimizzare la salute durante tutta la vita, indipendentemente dall'età dell'individuo.

Un approccio basato sull'intero arco della vita richiede che i calendari di immunizzazione e l'accesso alla vaccinazione rispondano alla fase di vita dell'individuo, al suo stile di vita e alle vulnerabilità/rischi specifici rispetto alle malattie infettive che potrebbe affrontare³.

Vaccini disponibili: Ogni paese dell'UE o del SEE è responsabile della propria politica sanitaria pubblica, compreso il proprio programma nazionale di immunizzazione e calendario vaccinale. Le informazioni sui calendari vaccinali nazionali dei paesi dell'UE o del SEE possono essere trovate nel [portale](#)

Vaccine Scheduler dell'ECDC. Il numero delle vaccinazioni disponibili per i cittadini europei varia da 16 a 18. Tra queste vi sono quelle contro: COVID-19, morbillo, parotite, rosolia, difterite, tetano, pertosse, poliomielite, *Haemophilus influenzae* di tipo B, Papilloma virus umano (ragazze e ragazzi adolescenti/pré-adolescenza), epatite A, influenza, malattia invasiva causata da *Neisseria meningitidis*, malattia invasiva causata da *Streptococcus pneumoniae*, rotavirus, tubercolosi, varicella.

Nota sul linguaggio. L'uso di termini collettivi per descrivere individui diversi è intrinsecamente complesso e può influenzare le dinamiche di potere tra pazienti e fornitori di servizi sanitari. Ad esempio, il termine Black Asian Minority Ethnic (BAME) può aiutare a mantenere una chiara focalizzazione sulle disuguaglianze vissute da queste persone, ma il termine può far sentire altri stigmatizzati o giudicati⁴. In questo report, abbiamo cercato di mantenere una focalizzazione sulle disuguaglianze sottostanti vissute da diversi gruppi, ad esempio, l'uso del termine "minoranze razzializzate" riconosce il processo attraverso il quale una persona diventa una minoranza piuttosto che accettarlo come un dato di fatto. Allo stesso modo, le persone che vivono in povertà non sono intrinsecamente "vulnerabili", ma vivono molteplici vulnerabilità.

01. Prefazione

La pandemia da COVID-19 ha evidenziato, come mai prima di allora, la realtà della nostra interdipendenza umana e ci ha ricordato il potere dei vaccini nel prevenire malattie letali.

Ma ci ha anche ricordato quanto ancora dobbiamo fare. La COVID-19 ha svelato ed esacerbato le disuguaglianze sanitarie in tutta Europa. Sono morte più persone appartenenti a gruppi etnici di origine africana e minoritari, la povertà è aumentata e più donne che uomini sono rimaste senza lavoro. Anche prima della COVID, i tassi di copertura per le vaccinazioni di routine in Europa erano in calo, mettendo a rischio vite e mezzi di sussistenza in tutto il continente. Le ragioni spesso citate per questo calo generale includono la noncuranza (le vecchie malattie non hanno bisogno di un vaccino), la diffidenza (la crescente disinformazione e sfiducia nella politica e nelle istituzioni) e la comodità (la comodità e facilità di accesso alla vaccinazione).

Forse meno citato è il fatto che i grandi gruppi vaccinati al di sotto della soglia ottimale, in Europa, tendono ad essere coloro che vivono in condizioni di vulnerabilità, sia a causa della povertà, del loro stato di migranti o dell'appartenenza a un particolare gruppo razzializzato

o religioso. La più alta proporzione di persone attualmente a rischio di povertà nell'Unione Europea è costituita da donne. E, in particolare, le donne più giovani sono più esitanti nei confronti dei vaccini. Le donne rappresentano anche la maggioranza dei operatori sanitari, molti dei quali stanno lasciando il settore a causa di bassi salari e di condizioni di lavoro eccessivamente intense durante la pandemia. In alcuni paesi dell'UE, le infermiere sono state costrette a ricorrere alle banche alimentari⁵. Tutte queste tendenze sollevano serie questioni data l'importanza cruciale delle donne nel sostenere la vaccinazione di bambini e anziani.

In Business Fights Poverty, descriviamo questa era di grande incertezza globale come lo [tsunami della povertà](#), dove la congiunzione di COVID, conflitti e cambiamenti climatici sta travolgendo le vite delle persone e delle comunità vulnerabili in tutto il mondo.



Siamo sempre più consapevoli che la salute di ogni singola persona è interconnessa e che per proteggere la salute di tutti, nessuno può essere lasciato indietro.

—Mariano Votta, Active Citizenship Network, Europa

e vedere contemporaneamente l'immunità di gruppo continuare a diminuire. Si tratta del diritto di tutti alla salute e della nostra sicurezza.

Abbiamo urgentemente bisogno di maggiori investimenti in interventi iper-localizzati e mirati per raggiungere una maggiore equità nella vaccinazione in Europa, e abbiamo bisogno di sistemi sanitari e sociali più resilienti (e affidabili) per sostenerli.

Attualmente, il 20% degli europei è a rischio di povertà, e la guerra della Russia in Ucraina sta mandando i prezzi del cibo e dell'energia alle stelle, creando una crisi del costo della vita.

La migrazione verso l'UE, compresa quella dalla Siria e dall'Afghanistan, continua ad essere alimentata da conflitti e instabilità economica⁶. Anche la disuguaglianza di reddito si sta ampliando all'interno dei paesi, creando divisioni sia nella salute che nella ricchezza.

Sollecitiamo imprese e governi a concentrarsi sull'equità e la resilienza come due delle azioni più concrete che possono intraprendere per sostenere le persone che stanno risentendo degli impatti dello tsunami della povertà. Non possiamo permettere a coloro che vivono in povertà, migrazione o esclusione sociale di continuare a subire gli impatti sproporzionati delle malattie prevenibili con la vaccinazione

Iniziative come l'Alleanza per i Vaccini GAVI esistono per una buona ragione: raggiungere milioni di persone nei paesi a medio e basso reddito che rimangono sotto la soglia ottimale di vaccinazione. In Europa, d'altronde, non è presente un impegno sostanziale incentrato sul superamento dell'inequità nella vaccinazione. Speriamo che questo rapporto agisca da catalizzatore per riunire più organizzazioni e individui e costruire un movimento più forte per il cambiamento.

Il nostro futuro dipende da questo.



Zahid Torres Rahman, CEO
Business Fights Poverty



Professore Jeffery Lazarus,
Professore di Salute Globale,
CUNY SPH e Professore
Associato di Ricerca presso
ISGlobal, Barcellona, Spagna

02. Introduzione

La vaccinazione nell'arco della vita rimane uno degli interventi di sanità pubblica più rilevanti della storia.



Si stima che ogni anno 4 milioni di morti nel mondo siano prevenute grazie alla vaccinazione infantile⁷. I vaccini portano significativi benefici sociali ed economici, con uno studio che mostra che ogni euro investito nelle vaccinazioni per adulti potrebbe fruttare 4 euro di entrate economiche future⁸. I vaccini rimangono essenziali anche per affrontare le minacce alla salute attuali e future, compresa la resistenza agli antibiotici⁹ e le malattie ancora sconosciute che mettono a rischio la sicurezza sanitaria globale come ha fatto la COVID.

Tuttavia, ancora prima che la COVID-19 interrompesse i calendari vaccinali in tutto il mondo, i tassi di vaccinazione in Europa erano in stallo. Gravi focolai di morbillo nel 2017 e 2019 hanno ulteriormente evidenziato i rischi di tassi di vaccinazione subottimali in molti paesi, dove i tassi di copertura del 95% raccomandati dall'OMS per l'immunità di gregge erano frequentemente non rispettati¹⁰. Infatti, nel 2021, la copertura del 95% per il morbillo non è stata raggiunta in Francia, Germania, Italia, Spagna e nel Regno Unito¹¹. Il sottoutilizzo di vaccini esistenti, come quello per l'HPV, il cui tasso di copertura rimane più basso rispetto ad altre immunizzazioni di routine, ostacola gli obiettivi di salute pubblica, compresa la prevenzione del cancro in tutta la regione.

Alcuni hanno sostenuto che negli ultimi anni ci sia stata una tendenza ad attribuire il calo dell'adesione alle vaccinazioni alle preoccupazioni dei genitori riguardo ai vaccini o a una crescente indecisione, ma questo è solo una parte del problema. Secondo altri, "le prove mostrano che le ragioni per una copertura subottimale sono multifattoriali e che i determinanti sociali e le barriere legate ai sistemi possono giocare un ruolo altrettanto, o più, importante a seconda del contesto"¹².

Questo report cerca di esplorare la complessa relazione tra povertà, esclusione sociale e mancata vaccinazione. Nonostante sia una regione "ad alto reddito" a livello globale, l'Europa ha ampie sacche di povertà e disuguaglianza, in particolare nelle aree urbane (vedi pag. 12). Queste città spesso si correlano con tassi di vaccinazione più bassi; ad esempio, i tassi complessivi di vaccinazione MMR nell'infanzia nel Regno Unito oscillano tra l'86 e il 92%, ma Londra è un'eccezione notevole, con solo il 77% dei bambini vaccinati entro il loro quinto compleanno¹³.

Gli studi mostrano anche che certi gruppi sperimentano più focolai di altri. Ad esempio, negli ultimi 20 anni, in 13 paesi europei ci sono stati 47 distinti focolai di malattie prevenibili

con vaccinazione che coinvolgono i migranti¹⁴. Ciò non significa che i migranti importino malattie infettive, a volte le malattie si diffondono tra loro a causa delle condizioni in cui vivono o possono essere persino trasmesse da personale di sostegno ai rifugiati vaccinati al di sotto della soglia ottimale. L'OMS sostiene che, di fatto, quasi tutti i casi di malattie prevenibili con vaccinazione in Europa, come il morbillo, continuano ad essere il risultato di acquisizioni a livello locale a seguito dell'importazione del virus o di batteri da parte di residenti del paese ospitante che ritornano da aree di focolaio o endemiche; quindi il problema non riguarda solo i migranti¹⁵. Un altro studio sistematico che ha valutato i gruppi vaccinati al di sotto della soglia ottimale in Europa ha individuato cinque gruppi trascurati che erano frequentemente coinvolti in focolai di malattie prevenibili con la vaccinazione, questi includevano: comunità protestanti ortodosse, antroposofi, Rom, Pavee e comunità ebraiche ortodosse¹⁶.

Il Piano d'azione Europeo per le vaccinazioni (2015-2020) ha ottenuto l'impegno degli Stati membri nel tentativo di migliorare i tassi di copertura vaccinale nella regione. Tuttavia, i progressi verso la realizzazione dell'equità nella vaccinazione sono rimasti vaghi¹⁷. La versione aggiornata dell'Agenda europea per le vaccinazioni 2030 ha giustamente posto l'aumento dell'accesso equo ai vaccini nuovi ed esistenti per tutti, indipendentemente da età, identità e posizione geografica, come uno dei suoi 3 principali obiettivi per il prossimo decennio. Allo stesso modo, il "Piano europeo di lotta contro il cancro" ha giustamente evidenziato l'urgente necessità di affrontare le disparità¹⁸. Tuttavia,

la spesa attuale dell'UE in materia di equità nella vaccinazione sembra essere bassa. Nell'ambito dell'ultimo bilancio sanitario dell'UE (2014-20), abbiamo stimato **che, su 449 milioni di euro, un totale di 12 milioni di euro è stato speso in progetti che avevano specificamente l'obiettivo di raggiungere gruppi esclusi e con tassi di vaccinazione sotto il livello ottimale, cioè solo circa il 2%¹⁹.**

Questo report mira a favorire la promozione degli obiettivi di equità dell'Agenda europea per le vaccinazioni 2030 e offre raccomandazioni pratiche per promuovere l'equità nella vaccinazione. È stato scritto sulla base di ampie ricerche a tavolino, interviste con esperti e una discussione scritta online con professionisti provenienti da **Francia, Italia, Germania, Spagna e Regno Unito**, e un gruppo di discussione con ambasciatori della salute di comunità a Londra.

Si concentra su 3 aree chiave:

- la necessità di migliorare i **dati disaggregati in base ai determinanti chiave delle disuguaglianze**
- **accesso** migliorato ai servizi a livelli iperlocali, o meglio "portare i servizi alle persone piuttosto che aspettarsi che vengano"
- superare il **deficit di fiducia** che i gruppi poveri e socialmente esclusi avvertono verso le istituzioni sanitarie e sociali, che, per alcuni, sono state o sono strutturalmente razziste

Sostiene che i determinanti sociali della salute rimangono una base critica da cui dipendono tutte e 3 queste aree e formula raccomandazioni per affrontare la sfida della disuguaglianza.

Poveri, socialmente esclusi e con tassi di vaccinazione al di sotto della soglia ottimale

21,7% di europei vivono in povertà

o 95,4 milioni



Le giovani donne sono più a rischio di povertà rispetto agli uomini. La povertà infantile è alta e il rischio di povertà è anche più elevato per coloro con una bassa istruzione e per i disoccupati. (Eurostat 2021)

Fattori

I fattori sociali determinano gli esiti della salute:

Reddito e impiego

Posizione geografica

Alloggio

Stato di istruzione dei genitori

Etnia e stato migratorio

Gruppi a rischio

Persone a rischio di rimanere fuori dal sistema sanitario formale:

Transitori

Migranti appena arrivati

Rifugiati e richiedenti asilo

Sfollati, migranti senza documenti, bambini non accompagnati, coloro che sono in alloggi temporanei
Rom/Pavee

Stabiliti

Minoranze razzializzate

Minoranze religiose

Poveri urbani

Famiglie monogenitoriali

Disabili

Senzatetto

Carcerati

Persone con vulnerabilità dello stato mentale

Quando la povertà si interseca con altre dimensioni, come età, sesso, etnia, religione o geografia, questa può avere un impatto sproporzionato su certi gruppi e influire sull'adesione alla vaccinazione.

STATISTICHE ILLUSTRATIVE

I seguenti esempi sono stati selezionati per illustrare in che misura la povertà influisca sull'adesione alla vaccinazione e come diversi gruppi socio-economici vivano dispartiti nella vaccinazione per una serie di malattie prevenibili con vaccini.

Povertà e sottovaccinazione in Europa

Gli impatti sproporzionati della povertà su coloro con caratteristiche combinate



Migranti

- Il rischio di povertà o esclusione sociale nel 2021 era quasi il doppio per le persone nate all'estero (36,1%) rispetto a quelle nate nel paese (19,0%) ed era particolarmente concentrato tra quelle nate al di fuori dell'UE (41,0%)²⁰.



Minoranze razzializzate e religiose

- Si stima che vi siano 10-12 milioni di Rom che vivono negli Stati membri dell'UE, l'80% dei quali vive al di sotto della soglia di povertà²¹.
- Nel Regno Unito, oltre 8 famiglie nere, di etnia mista e bangladesi e pakistane su 10, hanno riferito di essere rimaste senza beni essenziali nel 2022 o di aver sperimentato insicurezza alimentare nell'ultimo mese, rispetto al 69% delle famiglie bianche (Fondazione Joseph Rowntree)²².



Donne e bambini

- Il rischio di povertà o esclusione sociale nell'UE nel 2021 era maggiore per le donne rispetto agli uomini (22,7% rispetto al 20,7%). Oltre un quinto (22,5%) della popolazione dell'UE che viveva in famiglie con figli a carico era a rischio di povertà o esclusione sociale nel 2021²³.



Popolazioni urbane

- Nel 2014, 34 milioni di persone che vivevano nelle città dell'UE erano a rischio di povertà o esclusione sociale. In 7 Stati membri dell'UE, la percentuale della popolazione a rischio di povertà o esclusione sociale era la più alta tra coloro che vivevano nelle città: Paesi Bassi, Francia, Germania, Regno Unito, Belgio, Danimarca e Austria. Sebbene le città dell'Europa occidentale fossero generalmente più benestanti, erano anche caratterizzate da un maggiore rischio di povertà o esclusione sociale e da notevoli disuguaglianze di reddito²⁴.



La cattiva salute e la povertà vanno di pari passo. Ma le ricerche mostrano che alti livelli di disuguaglianza influenzano negativamente la salute anche dei più abbienti, principalmente perché la disuguaglianza riduce la coesione sociale, una dinamica che porta a più stress, paura e insicurezza per tutti.

—Inequality.Org

I collegamenti tra l'adesione alla vaccinazione e le statistiche di povertà ed esclusione

Negli ultimi 20 anni, ci sono stati 47 focolai distinti di malattie prevenibili con vaccino in 13 paesi europei che coinvolgono migranti. La maggior parte dei focolai segnalati che coinvolgono migranti erano di morbillo, seguiti da varicella, epatite A, rosolia e parotite. Il 40% dei focolai, principalmente di varicella e morbillo, sono stati segnalati in campi profughi temporanei o rifugi²⁵.

Uno studio che ha esaminato i legami tra la deprivazione sociale come fattore di rischio per la malattia da meningococco invasiva ha scoperto che le famiglie più povere hanno il rischio più alto di contrarre la malattia e i tassi di vaccinazione più bassi, anche nei paesi con programmi di vaccinazione di successo²⁶.

Una revisione sistematica di 28 studi ha riscontrato che un basso status socio-economico rappresenta una barriera chiave all'assunzione del vaccino contro il papillomavirus umano in Europa²⁷.

Uno studio condotto in **Francia** sull'influenza dell'ambiente socio-economico sull'incidenza del cancro ha mostrato che il 20% delle donne meno socialmente avvantaggiate ha un rischio 1,6 volte maggiore di sviluppare il cancro della cervice rispetto al 20% delle donne più socialmente avvantaggiate²⁸.

In uno studio **italiano**, circa il 20% della popolazione di Cagliari viveva in condizioni svantaggiate. I tassi di assunzione del vaccino antinfluenzale erano bassi: 27%. La copertura si è rivelata essere più bassa nelle

due categorie estreme e più alta in quelle di deprivazione media²⁹.

In Italia, il **tasso di vaccinazione contro la rosolia tra le donne immigrate** era quasi la metà rispetto a quello delle donne italiane (25,2% vs. 40,4%)³⁰.

Uno studio su migranti irregolari a Madrid ha riscontrato che quasi il 12% delle donne era potenzialmente a rischio di rosolia, con le conseguenti implicazioni di rischio di infezione congenita per le donne in età fertile³¹.

I collegamenti tra l'assunzione del vaccino e altre caratteristiche:

- Tutti i gruppi etnici nel Regno Unito hanno mostrato tassi di vaccinazione contro la COVID-19 standardizzati per età più bassi rispetto alle persone britanniche bianche³².
- Uno studio sistematico che valuta i gruppi vaccinati al di sotto della soglia ottimale in Europa ha identificato 5 gruppi trascurati coinvolti ripetutamente in focolai di malattie prevenibili con la vaccinazione, tra cui: comunità protestanti ortodosse, antroposofi, Rom, Pavee e comunità ebraiche ortodosse³³.
- I livelli di vaccinazione all'interno delle comunità Rom in Europa sono molto bassi rispetto alla copertura della popolazione generale, e diversi focolai di morbillo ed epatite negli ultimi 10 anni hanno coinvolto comunità Rom³⁴.
- In Germania, i bambini con uno status di residenza precario hanno il doppio delle probabilità di essere vaccinati in modo incompleto³⁵.

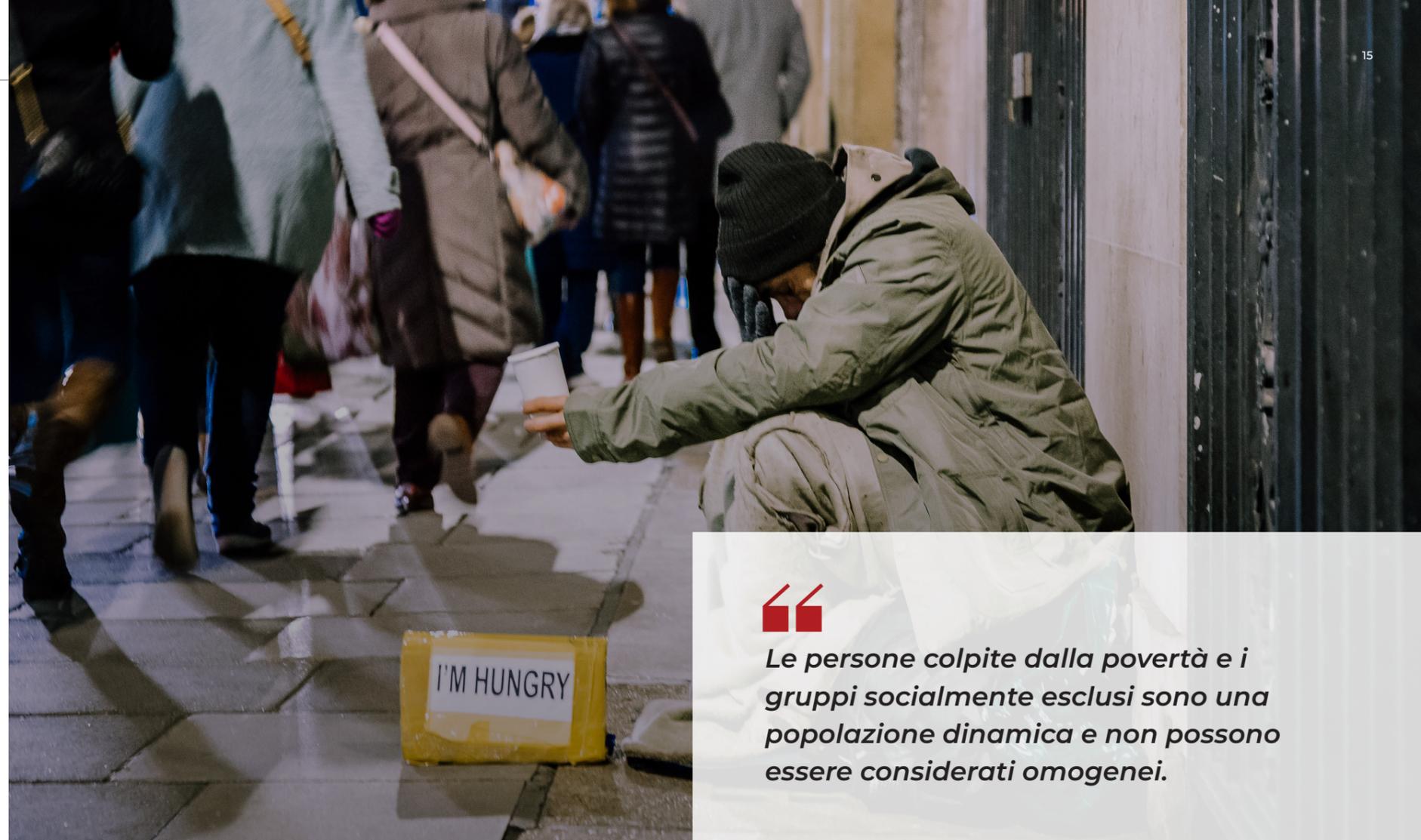
03. Perché le persone colpite dalla povertà o dall'esclusione sociale sono vaccinate al di sotto della soglia ottimale?

Povertà e salute sono inestricabilmente legate e gli esiti sanitari varieranno notevolmente a seconda dell'esperienza delle persone rispetto ai determinanti sociali della salute, come reddito, condizioni di lavoro, alloggio, occupazione, istruzione, inclusione sociale, discriminazione e accesso alla salute e all'assistenza sociale. Numerosi studi hanno dimostrato che, più bassa è la posizione socio-economica di una persona, minori sono le sue possibilità di godere di una buona salute³⁶. L'immunizzazione durante tutto l'arco della vita è riconosciuta come un intervento chiave che può contribuire a ridurre le disuguaglianze sanitarie, in quanto può permettere a tutti di avere la stessa opportunità di evitare malattie prevenibili con la vaccinazione, in tutte le fasce d'età.

Diverse strutture si sono sviluppate nel tempo per spiegare la complessa rete di fattori individuali (atteggiamenti e convinzioni, comunità e cultura) ed esterni (legislazione, istituzioni, strutture) che possono contribuire alla sottovaccinazione³⁷. Le "3 C" (confidence, convenience, complacency, cioè: fiducia, comodità, noncuranza), per esempio, evidenziano che è meno probabile che chi vive in povertà ed esclusione sociale all'interno di grandi paesi europei ricorra alla vaccinazione per sé e la propria famiglia. Questo è dovuto a:

Fiducia – la fiducia di una persona nell'efficacia e sicurezza dei vaccini, nei sistemi che li somministrano e nella selezione di chi dovrebbe ricevere i vaccini e quando. Fattori comunitari come norme religiose e culturali possono influenzare la fiducia, così come attori interpersonali come opinioni e risorse fornite da conoscenti o genitori.

Comodità – accesso limitato ai servizi sanitari e alle informazioni sulla vaccinazione, spesso a causa di lacune di alfabetizzazione e digitali. Costi in termini di opportunità



Le persone colpite dalla povertà e i gruppi socialmente esclusi sono una popolazione dinamica e non possono essere considerati omogenei.

e tempo per recarsi ai centri di vaccinazione e mancanza di servizi culturalmente specifici o di accesso.

Noncuranza – priorità concorrenti e spesso più elevate rispetto alla vaccinazione, come il lavoro, l'insicurezza abitativa o alimentare. La noncuranza si riferisce anche all'idea che alcune persone ritengono che le malattie prevenibili siano "malattie antiche" che non richiedono più la vaccinazione o che le malattie prevenibili con la vaccinazione rappresentino un rischio minimo per la salute.

Per i gruppi di migranti, le sfide aggiuntive includono: barriere linguistiche, di alfabetizzazione e comunicazione, e barriere legali all'accesso e alla fornitura di servizi di vaccinazione.

Tuttavia, in generale, le persone colpite dalla povertà e i gruppi socialmente esclusi sono una popolazione dinamica e non possono essere considerati omogenei. Hanno esperienze uniche basate su genere, età, disabilità, sul fatto che quella persona sia, o meno, anche un caregiver di un bambino o di un anziano, sulla propria etnia o religione. Pertanto, le barriere che ogni individuo affronta sono multifaccettate e in evoluzione e le risposte devono essere adattate e specifiche rispetto al contesto.

FOCUS SPECIALE: Il ruolo delle donne e l'equità nella vaccinazione tra coloro che vivono in povertà ed esclusione sociale

Le donne svolgono un ruolo critico nel garantire il benessere umano: svolgono ancora la maggior parte delle attività di cura in tutto il mondo e ciò può includere portare bambini piccoli e parenti adulti anziani a vaccinarsi. Una maggiore adesione ai vaccini da parte di ragazze e donne può anche contribuire a realizzare una maggiore equità nell'arco della vita, migliorando le loro possibilità di rimanere in salute e partecipare alla forza lavoro. Inoltre, durante la pandemia, il ruolo degli influenzatori di comunità a livello informale, come leader religiosi e comunitari, comprese le donne che lavorano nella comunità, è stato fondamentale per aumentare l'adesione ai vaccini nelle comunità che storicamente diffidano delle istituzioni e del governo. Il ruolo delle donne come agenti di cambiamento è essenziale per promuovere comportamenti positivi per la salute, compresa la vaccinazione durante tutto l'arco della vita, non solo la vaccinazione pediatrica e COVID-19.

In Europa, attualmente, più donne che uomini sono a [rischio di povertà](#) e, secondo uno [studio](#) europeo recente, sono anche leggermente più esitanti riguardo ai vaccini (in particolare quelle tra i 18 e i 34 anni). Le donne rappresentano anche la maggioranza degli operatori sanitari e delle infermiere in Europa. Sono spesso sottopagate e sottovalutate, e ciò sta ora portando alla "Great Resignation", che vede più donne che mai lasciare il settore sanitario³⁸. Queste tendenze sollevano serie domande sul futuro dell'adesione ai vaccini in Europa.

Gran parte della ricerca e delle risorse disponibili su genere e immunizzazione provengono dalle lezioni apprese nei paesi a basso e medio reddito. Il modo in cui questi si relazionano ai paesi ad alto reddito necessita di ulteriori indagini. Secondo l'[Equity Reference Group for Immunisation](#) (gruppo di riferimento per l'equità nell'immunizzazione), sono state identificate quattro aree fondamentali come sfide principali per garantire l'equità di genere nella vaccinazione:

- Le madri sono tipicamente le principali caregiver dei loro figli, ma il loro status inferiore nella famiglia e nella comunità limita la loro capacità di agire per conto proprio e del loro bambino.
- Le donne sono particolarmente sfavorite dalle barriere fisiche e temporali all'accesso ai servizi di immunizzazione.
- La mancanza di alfabetizzazione sanitaria (spesso legata al genere) può portare a una comprensione limitata dell'immunizzazione, scarsa motivazione a vaccinarsi e debole capacità di interagire con il sistema sanitario.
- L'esperienza delle donne riguardo alla qualità del servizio (che comprende la reattività dei servizi, la gamma di servizi disponibili, gli atteggiamenti, le competenze e il comportamento del fornitore, nonché la disponibilità di fornitori femminili) può dissuaderle dal ricorrere ai servizi sanitari.

Urgono ulteriori ricerche per valutare se queste sono le stesse sfide che le donne dei gruppi poveri e socialmente esclusi affrontano in Europa o se sono diverse.



Le disuguaglianze non si risolvono fornendo gli stessi servizi di immunizzazione a tutti; si risolvono fornendo diversi servizi di immunizzazione che soddisfino le esigenze di tutti.

—Tammy Boyce, et al., "Towards Equity in Immunisation", *Eurosurveillance*, 2019

Priorità chiave 1: dati

A livello macroscopico, non sembra esserci un collegamento diretto tra i tassi di copertura vaccinale e i livelli generali di ricchezza di un paese. Anche se non è esaustivo, un confronto rapido condotto tra i tassi di povertà complessivi e la copertura vaccinale per 2 malattie prevenibili con vaccinazione in 5 paesi europei mostra che, mentre la Germania ha i tassi di povertà più bassi, ha anche tassi di copertura vaccinale più bassi. E mentre la Spagna ha punteggi di povertà più alti, ha anche buoni risultati nella vaccinazione (vedi pag. 19).

Sotto molti aspetti, ciò evidenzia esattamente perché la raccolta attuale di dati sui tassi di copertura vaccinale non fornisce il livello di dettaglio necessario per identificare le zone in cui vi è un tasso di vaccinazione al di sotto della

soglia ottimale che esiste in tutti i paesi europei. Tali zone sono ben documentate in studi individuali su particolari malattie o sottogruppi di popolazione, ma esistono pochissimi studi che esaminano le ragioni delle disparità tra gruppi e vaccini in modo collettivo. In uno di questi si afferma che *“il principale fattore esterno, in particolare rispetto all'adesione al vaccino COVID-19, era il livello di deprivazione³⁹”*.

La raccolta generale di dati sull'assunzione di vaccini in Europa è frammentata, e alcuni paesi non hanno sistemi di informazione sull'immunizzazione in funzione. Nei paesi in cui esistono dati, i risultati spesso mascherano quali gruppi esattamente sono al di sotto della soglia ottimale di vaccinazione. Nonostante lo sviluppo di

PROMUOVERE L'EQUITÀ NELLA VACCINAZIONE – TEMI CHIAVE



Tassi di povertà in cinque principali paesi europei

Povertà (deprivazione materiale, grave deprivazione materiale e rischio di povertà)

Secondo le statistiche del 2021, la Spagna ha livelli di povertà più alti in tutti gli indici, e la Germania i più bassi. Il Regno Unito utilizza indici diversi (il 5% della popolazione sperimenta una combinazione di basso reddito e deprivazione materiale) che la collocano vicino alla Francia e alla Germania.

Paese	DM%	GDM%	RP%
Spagna	15,4	8,3	21,7
Italia	11,3	5,9	20,1
Francia	11,4	5,9	14,4
Germania	8,8	4,2	15,8

Disuguaglianza di reddito

Secondo i dati del 2018, la Germania ha una maggiore uguaglianza nel reddito, mentre il Regno Unito e l'Italia hanno la più bassa. Germania, 68,1; Francia, 67,6; Spagna, 65,3; Regno Unito, 64,9; Italia, 64,1. Il coefficiente di Gini misura quanto sia uguale la distribuzione del reddito di un paese. 0= livelli di disuguaglianza molto alti e 100= uguaglianza perfetta. <https://www.worlddeconomics.com/inequality/Gini-Coefficient/France.aspx>

C'è una relazione tra la povertà e i tassi di copertura vaccinale?

La Germania ha i punteggi più bassi di povertà e disuguaglianza, ma anche la più bassa vaccinazione contro l'influenza negli anziani. La Spagna ha livelli più alti di povertà e disuguaglianza, ma alti tassi di vaccinazione.

TASSI DI VACCINAZIONE 2021 (database dell'OMS)

Paese	Influenza (anziani)	HPV (dose finale)
Germania	38%	(F) 47% (M) 5%
Francia	56%	(F) 37%
Italia	65%	(F) 32%* (M) 26%
Spagna	67%	(F) 77%
Regno Unito	80%	(F) 82% (M) 77%

*Dati più recenti che non sono ancora disponibili nel database dell'OMS mostrano che la vaccinazione contro l'HPV è ora al 70,55%.

sistemi di monitoraggio armonizzati per la vaccinazione COVID-19 in tutta l'UE⁴⁰, i dati disaggregati sull'adesione a vaccinazioni di routine sono scarsi e non vengono efficacemente raccolti. Ad esempio, alcuni paesi europei riportano dati disaggregati per sesso ed età per HPV e influenza rispettivamente, e ciò può essere visto attraverso il tracker di immunizzazione dell'OMS, ma c'è margine per un notevole miglioramento⁴¹. Uno studio ha osservato che *“l'obiettivo per ogni paese dovrebbe essere quello di analizzare i dati sull'adesione all'immunizzazione per identificare la presenza o l'assenza di disuguaglianze”*. Ciò richiede che i dati sull'acquisizione dell'immunizzazione siano disaggregati in base ai determinanti chiave delle disuguaglianze:

- (i) status socio-economico,
- (ii) posizione geografica,
- (iii) livello di istruzione dei genitori
- (iv) ed etnia e stato migratorio⁴².

I ricercatori hanno notato che attualmente affrontano molte sfide nell'accesso ai dati locali sulle sottopopolazioni, sia a causa della scarsa qualità dei dati (ad es., non sono codificati per etnia) sia perché non vengono raccolti i dati corretti, come, ad esempio, il paese di nascita. Altri citano la mancanza di dati sulla durata della residenza, che rende molto difficile misurare i tassi di immunizzazione tra le popolazioni migranti. Sono state inoltre evidenziate le difficoltà nella raccolta di dati tra i poveri urbani, compresa l'identificazione dei caregiver e dei bambini non immunizzati in aree affollate e altamente mobili; e il fatto che i gruppi transitori utilizzino meno servizi sanitari complica ulteriormente l'identificazione.

L'iniziativa sulla sicurezza dei vaccini (Vaccine Safety Initiative), con sede in Germania, sta sviluppando una serie di strumenti digitali che aiutano a superare alcune delle sfide legate alla raccolta dei dati, dando più



Spesso, le indagini rappresentative a livello nazionale traslasciano i gruppi emarginati. I sondaggi somministrati online o via telefono non raggiungono sempre le persone che avremmo più bisogno di ascoltare.

—Rachel Eagan, *The Vaccine Confidence Project*, *Discussione online*, 2023

potere ai pazienti. Questi includono la VaccApp, che i pazienti utilizzano per registrare e comprendere il loro stato di vaccinazione e l'app Health Survey App, che è stata utilizzata nel 2015 e 2016, durante il picco degli arrivi di rifugiati in Europa, per permettere ai giovani rifugiati di segnalare in tempo reale, in modo sicuro e anonimo, le loro esigenze sanitarie⁴³.

Esiste un crescente corpo di ricerca, comprese revisioni sistematiche, che dimostra che gli interventi di tipo locale e multi-componente sono i più efficaci nel ridurre le disuguaglianze nell'assunzione di immunizzazione. Tuttavia, tali interventi non possono essere progettati efficacemente senza dati migliori.

Azioni promettenti da prioritizzare:

- Stabilire o potenziare i sistemi nazionali di informazione sulla vaccinazione per registrare i determinanti sociali delle disuguaglianze nella vaccinazione, inclusi genere, reddito/lavoro, istruzione dei genitori, geografia, etnia e stato di migrazione e armonizzarli tra paesi e regioni.
- Le autorità sanitarie o le agenzie locali dovrebbero intraprendere una raccolta di dati qualitativi orientata all'azione con gruppi emarginati, utilizzando l'approccio ai Programmi di Immunizzazione Su Misura (TIP) dell'OMS, come è stato fatto per comprendere le ragioni sociali e comportamentali della sottovaccinazione con la comunità ebraica Charedi del nord di Londra⁴⁴ e altre comunità in Svezia, Lituania e Bulgaria⁴⁵.
- L'UE dovrebbe sostenere ulteriormente lo sviluppo di innovazioni digitali come la [VaccApp](#) della Vaccine Safety Initiative per permettere ai pazienti di registrare meglio il loro stato di vaccinazione. Queste potrebbero alla fine fornire la base per passaporti di vaccinazione digitali a livello dell'UE.

Priorità chiave 2: **accesso**

Nonostante l'assistenza sanitaria universale sia ampiamente disponibile per coloro che sono colpiti da povertà ed esclusione sociale in Francia, Regno Unito, Germania, Spagna e Italia, i vincoli di tempo e costo rimangono una sfida. Per molti, il costo di prendere un giorno libero dal lavoro per portare un bambino a farsi vaccinare da un medico di base sarà proibitivo e non vorranno sacrificare un reddito essenziale per vaccinarsi. I centri di vaccinazione e i servizi sanitari potrebbero non essere situati vicino a persone che vivono in povertà. Il trasporto potrebbe essere inaccessibile o i servizi potrebbero trovarsi in aree che non sembrano accoglienti. Le persone colpite dalla povertà affrontano anche priorità concorrenti che possono limitare la loro capacità di accedere ai vaccini.

Ad esempio, una recente campagna di vaccinazione contro la polio ha scoperto che il tempo era una barriera, con la prenotazione di appuntamenti per vaccini spesso deprioritizzata a favore del lavoro e della cura dei bambini⁴⁶.

I migranti e i rifugiati con uno status di cittadinanza precario possono incontrare specifici ostacoli nell'accesso alle vaccinazioni, in particolare se si perde l'occasione di valutare il loro stato vaccinale e vaccinarli quando sono appena arrivati e si trovano nei centri di accoglienza. Molti sperimentano esclusione digitale, barriere linguistiche e di alfabetizzazione sanitaria. La mancanza di servizi di interpretariato ostacola le interazioni, poiché le informazioni sulla salute/vaccinazione sono spesso fornite in formati scritti e online e solo nella lingua locale.

CASE STUDY: GERMANIA

Uso di mediatori interculturali per educare i migranti su questioni di salute e sul sistema sanitario

Contesto: i migranti che vivono in Europa spesso si trovano di fronte a barriere linguistiche, sociali e culturali per accedere al sistema sanitario, il che a sua volta limita la fruizione di servizi come la vaccinazione. Ad esempio, i bambini provenienti da famiglie di rifugiati e migranti hanno tassi di vaccinazione inferiori rispetto alla popolazione generale. Il Centro Etno-Medico (EMZ) in Germania ha sviluppato un programma chiamato MIMI per aumentare l'accesso dei migranti al sistema sanitario attraverso l'alfabetizzazione sanitaria e l'empowerment.

Approccio:

- Sviluppo di brochure complete, facili da leggere e multilingue su oltre 20 argomenti sanitari, compresi i vaccini.
- Reclutamento, formazione e supporto di mediatori interculturali dalle comunità migranti. Questi mediatori sono formati sia su argomenti sanitari che sul sistema sanitario tedesco; la formazione è continua, in modo che i mediatori possano ampliare le loro conoscenze ed approfondire la loro esperienza.

- Supporto ai mediatori per condurre sessioni di promozione della salute e di informazione nelle loro comunità in modo culturalmente sensibile e nella loro lingua locale, compresa la fornitura di materiali didattici (slide, strumenti, traduzioni).
- Lavorando in partnership, con attività di formazione in tandem con i fornitori di assistenza sanitaria e il sostegno complessivo al programma da parte dei partner dei settori sociale, sanitario, educativo e dell'integrazione.

Impatto/risultati:

- Il MIMI ora comprende circa 3.000 mediatori MIMI in 16 stati tedeschi che sono stati formati tramite circa 17.500 sessioni di informazione/workshop - circa 210.000 migranti sono stati raggiunti direttamente, e oltre 740.000 migranti sono stati raggiunti indirettamente (tramite familiari, ecc.).
- I risultati includono una maggiore alfabetizzazione sanitaria e la capacità di accedere al sistema sanitario locale, con il risultato di un aumento dei tassi di vaccinazione tra i migranti.

I migranti affrontano anche numerose barriere pratiche e legali nell'accesso alle cure sanitarie: alloggi insicuri, mancanza di un indirizzo fisso, incertezza riguardo al diritto legale ai servizi - esempi di ciò sono stati citati sia in Italia che in Spagna. Allo stesso modo, anche se nel Regno Unito le vaccinazioni sono disponibili per tutti indipendentemente dallo status di immigrazione, la maggior parte dei migranti non ne è a conoscenza e teme ancora le ripercussioni dell'accesso ai sistemi sanitari formali. Molti medici e altri "gatekeeper" (ad es. medici di ambulatorio o receptionist) non sono a conoscenza delle linee guida sulle vaccinazioni di recupero per coloro con uno stato di immunizzazione sconosciuto o incompleto o per controllare la storia vaccinale dei migranti. Medici Senza Frontiere ha sviluppato una campagna, chiamata "[Safe Surgeries](#)", specificamente per aiutare a risolvere questa situazione

ed educare i medici e i professionisti sanitari ai loro doveri di supportare migranti e rifugiati con la vaccinazione.

I programmi di immunizzazione flessibili e opportunistici sembrano migliorare la copertura vaccinale e ridurre le disuguaglianze⁴⁷. Durante la COVID-19, sono emersi numerosi servizi mobili e provvisori innovativi per raggiungere diverse popolazioni, incluse le persone senza fissa dimora⁴⁸. Le barriere all'accesso sono state riconosciute e sono stati fatti sforzi extra per raggiungere le persone che altrimenti non sarebbero state vaccinate. Questa stessa mentalità - quella che cerca di "portare il vaccino alla comunità" piuttosto che aspettarsi che le persone vengano - deve continuare per le vaccinazioni di routine dei gruppi poveri e socialmente esclusi. Molti paesi dell'UE e non solo stanno cercando di replicare i benefici della fornitura



Dobbiamo iniziare con una comprensione davvero profonda di quali siano le priorità della comunità invece di fare supposizioni sui gruppi emarginati e sul perché rifiutino le vaccinazioni.

—Dr Rochelle Burgess, Professore Associato in Salute Globale, Intervista UCL, 2023

mobile per altre malattie, ad es. l'ipertensione negli Stati Uniti⁴⁹.

Le prove provenienti dai programmi scolastici del Regno Unito (vaccini contro l'influenza, l'HPV e il MenACWY) hanno mostrato che esiste una correlazione tra l'età in cui ai bambini e ai giovani viene offerto il vaccino e la copertura del vaccino: prima viene offerto un vaccino, maggiore è il completamento e la copertura⁵⁰. Tuttavia, sono necessarie ulteriori ricerche su quanto i programmi scolastici possano aiutare a superare le disuguaglianze nella vaccinazione. Esistono anche prove che suggeriscono che i promemoria telefonici e postali possono aumentare l'adesione e che gli SMS possono ridurre le disuguaglianze tra gli adolescenti⁵¹.

Anche le farmacie possono svolgere un ruolo attivo e sono solitamente più accessibili o più vicine alle abitazioni e ai luoghi di lavoro delle persone rispetto agli ambulatori medici. Spesso sono il "primo e ultimo punto di contatto tra il paziente e il sistema sanitario"⁵². Le farmacie giocano adesso un ruolo fondamentale nell'ambito della somministrazione del vaccino dell'influenza in 8 paesi europei⁵³. Questi servizi hanno dimostrato il

proprio potenziale nel raggiungere persone che prima di allora non si erano mai vaccinate per l'influenza e sono stati caratterizzati da un alto livello di soddisfazione dell'utente.

Azioni promettenti da prioritizzare:

- Cliniche di vaccinazione mobili iper-mirate, sviluppate con organizzazioni comunitarie e fornitori di assistenza sanitaria.
- Aumentare il ruolo delle farmacie nella somministrazione di vaccini in tutta Europa.
- Equipaggiare i centri di rifugiati e di accoglienza con il personale di supporto necessario (completamente vaccinato) e risorse per effettuare la valutazione e somministrazione dei vaccini.
- Avanzare nella copertura sanitaria universale nell'UE indipendentemente dallo status legale, sociale e abitativo delle persone, ad esempio in Italia e Spagna (e in altri paesi?), ciò ridurrebbe le barriere all'accesso all'assistenza sanitaria per coloro che cercano permessi di soggiorno registrati.

CASE STUDY: ITALIA

Cliniche mobili per la popolazione "invisibile" a Roma durante La COVID-19

Contesto: la COVID-19 ha dimostrato che fornire sostegno alle comunità in situazioni di vulnerabilità è fondamentale per la salute pubblica collettiva. A Roma, [INTERSOS](#), un'organizzazione umanitaria italiana, ha istituito due cliniche mobili, visitando luoghi frequentati o abitati da coloro che potrebbero essere considerati "invisibili". Questi includevano centri di accoglienza per italiani e stranieri in condizioni vulnerabili, tra cui senz'altro, richiedenti asilo e minori stranieri non accompagnati.

- Servizi forniti: due medici, un'infermiera, due operatori umanitari con competenza in mediazione linguistica e culturale, e un assistente sociale esperto erano presenti per fornire cure costanti a 1.583 persone. Ogni paziente ha ricevuto un esame medico e un corso di educazione sanitaria che includeva le migliori pratiche per la prevenzione del virus.

Impatto/risultato:

- 150 persone vulnerabili hanno ricevuto assistenza e sono state messe in isolamento domiciliare

sicuro in coordinamento con l'ASL locale, altri 250 sono entrati nel sistema sanitario formale, che fino a quel momento era stato inaccessibile per loro per varie ragioni sociali e legali.

Lezioni chiave:

- Questo tipo di esperienza pilota mostra che esiste del potenziale per programmi di salute più integrati (organizzazioni sociali pubbliche e private che lavorano insieme), interculturali (coinvolgendo sia popolazioni italiane che straniere in condizioni di marginalità) e multidisciplinari, e basati sul coinvolgimento della comunità.
- La vicinanza del medico al paziente può essere un elemento di riscatto per la salute pubblica, sia nei momenti di crisi (INTERSOS sta ora lavorando con UNICEF a Roma per fornire sostegno sanitario agli ucraini) sia nell'offrire soluzioni potenziali per le attuali sfide della sanità pubblica.

CASE STUDY: SPAGNA*Progetto dell'UE COMSAVAC: riduzione del cancro al fegato tra i migranti dell'Africa occidentale in Spagna*

Contesto: L'epatite virale cronica causata dai virus dell'epatite B e C (HBV e HCV) rappresenta un grave problema di sanità pubblica. Nel 2016, l'OMS ha pubblicato una strategia globale con l'obiettivo di eliminare l'epatite virale attraverso una migliore sensibilizzazione e l'esecuzione di test. Il Piano europeo per combattere il cancro cerca anche di prevenire i tumori causati da infezioni da HBV e HCV.

Approccio: Il progetto VH-COMSAVAC (Multi-Country Viral Hepatitis Community Screening, Vaccination, and Care) è attuato dal team di Ricerca sul Sistema Sanitario presso ISGlobal, guidato dal Professore J Lazarus. In linea con il Piano europeo di lotta contro il cancro, il progetto mira ad ampliare le vaccinazioni contro l'HBV. Lo sta facendo espandendo progetti comunitari esistenti con connessioni ospedaliere consolidate per lo screening di HBV e HCV e insistendo sulla rilevazione precoce dell'epatite virale come prevenzione del cancro tra le popolazioni vulnerabili. Ciò include migranti e rifugiati che vivono in tre paesi europei: Grecia, Italia e Spagna. Migranti e rifugiati spesso incontrano difficoltà nell'accedere al sistema sanitario nel loro nuovo paese e possono quindi ricevere una diagnosi di epatite virale cronica troppo tardi. È importante garantire che le persone vengano diagnosticate precocemente per prevenire la progressione verso una malattia epatica avanzata o il cancro al fegato.

Impatto/risultati:

- Il progetto è iniziato a novembre 2022 e avrà una durata di 2 anni. Ha raggiunto più di 600 persone durante la sua fase pilota nel 2020.

Lezioni Chiave:

- Gli interventi basati sulla comunità che lavorano attraverso strutture locali si sono dimostrati essenziali per costruire fiducia (ad esempio, collaborando con imam locali nella sensibilizzazione e costruzione della fiducia).

Sfide:

- Solo una certa percentuale del progetto è finanziata dall'UE, il che rappresenta un onere per l'organizzazione che lo implementa nel trovare l'importo rimanente dei fondi del progetto. Questa sfida è stata ripetuta anche da altri beneficiari di sovvenzioni dell'UE.

Partner: Salud Entre Culturas (Spagna). Il progetto è anche implementato da partner in Italia e Grecia, tra cui: la Fondazione IRCCS Ca' Granada Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano; Prometheus; Atene.

Priorità chiave 3: fiducia (e disinformazione) e la necessità di risposte comunitarie

La fiducia complessiva nelle istituzioni e nell'informazione è al suo punto più basso di sempre. Un recente sondaggio dell'Edelman Trust Barometer ha mostrato che 1 intervistato su 2 vede il governo e i media come forze divisive della società. Quasi 6 su 10 dicono che la loro tendenza predefinita è quella di diffidare di qualcosa finché non abbiano prove che sia affidabile. Un altro 64% dice che ora è giunto al punto in cui le persone sono incapaci di avere dibattiti costruttivi e civili su

questioni su cui non sono d'accordo⁵⁴.

Per quanto riguarda la fiducia e le vaccinazioni, la più recente relazione sullo stato della fiducia nei vaccini nell'UE ha illustrato che la fiducia complessiva è diminuita tra la popolazione rispetto ai livelli del 2020. I giovani, in particolare, sono più esitanti. Uno studio sulle risposte dei giovani al vaccino COVID-19 in Europa ha rivelato che il numero delle giovani donne esitanti a

causa di timori sulla sicurezza era il doppio rispetto agli uomini⁵⁵.

Le ragioni della diffidenza generale includono alti livelli di sfiducia nelle istituzioni sanitarie in cui i gruppi emarginati hanno subito discriminazioni, così come gli effetti del razzismo strutturale e della discriminazione storica. Sono stati storicamente commessi gravi crimini contro le persone che vivono in povertà e i gruppi minoritari, tra cui, ad esempio, studi clinici non etici in Nigeria e negli Stati Uniti. Le esperienze delle reti familiari sono condivise attraverso racconti comunitari che possono influenzare le esitazioni delle persone. E queste storie sono molto più affidabili delle istituzioni⁵⁶.

Le popolazioni migranti hanno paura e diffidano dei servizi sanitari e di altri servizi a causa della minaccia di ripercussioni legali, tra cui arresto, detenzione o deportazione. Questo è stato evidenziato durante la COVID-19, nonostante i governi avessero reso chiaro che i vaccini sarebbero stati disponibili indipendentemente dallo status di immigrazione.

La fiducia è fondamentale per comprendere la disinformazione. Anche se alcuni mettono in guardia contro l'eccessiva enfasi sulla minaccia dei gruppi "anti-vax", dato che il "rifiuto attivo" nei paesi ad alto reddito è solo dell'1-2%⁵⁷, se le persone non hanno fiducia negli scienziati, nei professionisti della salute, nei governi,

CASE STUDY: LONDRA*Programma dei Campioni di Salute Comunitaria*

Contesto: Durante la COVID-19, migliaia di londinesi si sono offerti volontari per diventare sostenitori o ambasciatori della salute comunitaria. Hanno agito come ponti tra le loro comunità e i "consigli" del governo locale, le agenzie del Servizio Sanitario Nazionale e le organizzazioni comunitarie. Il loro obiettivo era stabilire relazioni di fiducia con le comunità trascurate e marginalizzate per migliorare la loro salute e il loro benessere. Molte delle reti rimangono operative e ora si stanno concentrando su diverse sfide di salute pubblica.

Approccio:

- Ad esempio, nel distretto di Newham, più di 500 sostenitori della salute (Health Champions COVID-19) si sono iscritti per ricevere informazioni tramite WhatsApp e e-mail. Circa 100 si sono anche uniti a un gruppo WhatsApp e un gruppo più piccolo di circa 30-40 ha partecipato a chiamate settimanali su Zoom. I sostenitori rappresentano le diverse comunità che vivono nel distretto. Ai sostenitori è stata offerta un'ora di introduzione per spiegare il programma e il loro ruolo. In seguito, è stato formato un sottogruppo di sostenitori del vaccino, disponibili per conversazioni individuali tramite un processo di riferimento e abbinamento. Un coordinatore del governo locale fornisce una gestione sia quotidiana che strategica, rispondendo alle domande dei sostenitori e co-creando infografiche da condividere con le comunità tramite WhatsApp. I sostenitori hanno

plasmato il programma di sensibilizzazione della comunità alla vaccinazione COVID-19 del comune (che includeva l'intervento di altri sostenitori del vaccino, sessioni pubbliche di domande e risposte e ambulatori provvisori di comunità). Il programma continua e sta supportando la risposta del comune alla crisi in Ucraina (Welcome Newham Champions) e alla crisi del costo della vita.

Lezioni chiave:

- **La crisi crea nuove opportunità ma porta anche sfide in termini di risorse.** L'uso di WhatsApp e delle videochiamate tramite Zoom è stato sfruttato dai sostenitori della salute, ma ciò richiede anche nuove competenze e risorse, ad esempio, competenze di montaggio video, accesso digitale e alfabetizzazione.
- **Costruire fiducia richiede tempo.** La fiducia spesso emergeva quando le persone agivano al di fuori dei ruoli, delle procedure, delle supposizioni e degli ambiti d'interesse abituali, e con ciò, venivano messe in discussione le credenze e i pregiudizi radicati. La domanda per il futuro è se questa fiducia può essere sfruttata per costruire una maggiore fiducia istituzionale o se rimane solo tra gli individui con cui le comunità hanno instaurato rapporti.
- (Case study adattato da [Transformations In Community Collaboration: Lessons from COVID-19 Champions across London](#))



Per me, la diffusione della disinformazione riguarda più l'isolamento sociale che non la povertà.

—Dan Paskins, Save The Children, Intervista, gennaio 2022

nei responsabili politici e nei produttori di vaccini, cercheranno fonti alternative di informazione. E se le persone non sentono messaggi che risuonano o che sono radicati nella loro realtà, c'è il pericolo che questi possano sortire l'effetto opposto. Pertanto, è essenziale che l'informazione precisa

venga fornita in modi che possano raggiungere le persone in una maniera culturalmente rilevante e che provenga da fonti credibili e affidabili. Per questi motivi, molti quartieri di Londra hanno istituito reti di sostenitori della salute di comunità durante la COVID-19 per stabilire canali di comunicazione bidirezionali tra i servizi sanitari locali e le comunità vaccinate al di sotto della soglia ottimale.

Nel complesso, sulla base delle prove attuali, la voce più incisiva che può essere sfruttata per aumentare la vaccinazione è la raccomandazione di un operatore sanitario⁵⁸. L'84% delle persone afferma di fidarsi dei consigli medici e sulla salute da parte dei professionisti sanitari e il

CASE STUDY: FRANCIA

PROGETTO PAPRICA – migliorare la capacità dei medici di medicina generale di raccomandare la vaccinazione contro l'HPV in Francia

Contesto: In Francia, [la copertura vaccinale contro l'HPV](#) non ha superato il 30% dalla sua introduzione nel 2007. [La Francia](#) è l'unico paese dell'Europa occidentale in cui le raccomandazioni e la fiducia dei medici di base nella sicurezza e nell'importanza del vaccino HPV rimangono particolarmente basse.

Approccio: Un team di ricercatori ha sviluppato un approccio innovativo per capire meglio i comportamenti e le influenze dei medici di medicina generale. Nel 2021, hanno condotto una [revisione sistematica](#) di tutte le prove disponibili in Francia utilizzando l'approccio della teoria dell'azione ragionata (RAA) per (i) riferire le cognizioni e le credenze dei medici di medicina generale e (ii) esaminare gli impatti di queste cognizioni sui comportamenti dei medici di medicina generale. I ricercatori hanno rilevato che:

- Anche se il 73% dei medici di medicina generale riferisce di raccomandare la vaccinazione contro l'HPV, fino al 50% di questi non la raccomanderebbe nella realtà a causa di preoccupazioni infondate, tra cui cambiamenti nei comportamenti di salute dei pazienti e dubbi sulla sicurezza e/o efficacia.
- C'è una grande variabilità nella percentuale di medici di medicina generale che ritengono che le caratteristiche socio-culturali dei pazienti e dei loro genitori (ad es. religione e convinzione personale) siano barriere

importanti alla raccomandazione (17,5-25%).

- Le norme ingiuntive dei medici di medicina generale, cioè la fiducia nelle informazioni istituzionali, si sono dimostrate associate positivamente con la volontà dei medici di raccomandare la vaccinazione contro l'HPV.
- Le paure dei genitori, l'età delle ragazze e il possibile collegamento con la sessualità non sembrano influenzare le raccomandazioni dei medici di medicina generale.

Lezioni chiave: Questi risultati hanno informato lo sviluppo di un intervento educativo professionale rivolto ai medici di medicina generale in Francia, noto come progetto Paprica. Il progetto sta testando il programma di formazione a Lione. Le prime indicazioni suggeriscono che la formazione sia efficace nell'aumentare la capacità percepita dei medici di medicina generale di informare i pazienti sulla sicurezza e l'utilità della vaccinazione contro l'HPV.

Il progetto Paprica è coordinato dalla IARC (Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro - OMS). L'organizzazione Lyon Auvergne Rhône-Alpes (Clara) è anche impegnata a sostenere questo progetto, che coinvolge team di sanità pubblica (HESPER) e laboratori di psicologia sociale (GRePS) dell'Università di Lione Saint-Étienne.

FOCUS SPECIALE: elementi chiave per approcci comunitari di successo che costruiscono fiducia e possono aumentare l'adozione di vaccini tra coloro che vivono in povertà ed esclusione sociale

- **Non fare supposizioni** sul motivo per cui alcuni gruppi sono esitanti verso il vaccino. Invece, stabilisci un dialogo e ascolta le ragioni delle persone. Chiedi loro cosa è importante e quali problematiche vedono in determinati comportamenti.
- **I messaggeri non devono necessariamente essere pari.** Ciò che è importante è che sia qualcuno in grado di sostenere un cambiamento nel sistema esistente e che sia disposto a trascorrere del tempo con, accettare feedback negativi da, e ritornare in una comunità. C'è una fatica legata ai rapporti tradizionalmente "estraenti" riguardo l'engagement e la ricerca nella comunità. Come ha mostrato la COVID-19, la fiducia può emergere anche da nuovi modi di lavorare in tempi di crisi. *"Quando le persone agiscono al di fuori di ruoli, procedure, supposizioni e ambiti di interesse usuali, le credenze e i pregiudizi radicati possono essere messi in discussione⁶¹".*
- **Mappatura.** Nell'ambito del dialogo, identifica le principali disponibilità, capacità e risorse all'interno della comunità e mobilitale in modi che funzionino per la comunità. Non dare per scontato di dover "dare cose alle persone" e dire loro come stare in salute. Piuttosto, cerca modi per un'azione "autodiretta".
- **La co-produzione** è considerata l'approccio "gold standard" per il coinvolgimento della comunità. Coinvolge lo smantellamento degli approcci storici che erano molto più basati su un'approccio "dall'alto verso il basso", spesso autoritario e/o razzializzato, alle esperienze sanitarie per i gruppi marginalizzati, verso un approccio "più paritario", in cui i servizi sono progettati insieme ai gruppi comunitari e ad altre parti interessate rilevanti.
- **Micro sovvenzioni e minima rendicontazione.** I gruppi comunitari necessitano di "micro sovvenzioni" di circa 10.000 euro, con pochissimi requisiti di rendicontazione. Anche se misurare l'impatto è importante per il finanziamento e la responsabilità, ciò richiede anche notevoli risorse per raccogliere e analizzare i dati, il che può mettere sotto pressione i più piccoli anelli del sistema. L'atto della misurazione può anche cambiare le relazioni che questa intende osservare.

Questi spunti sono stati tratti da un'intervista con la Dr.ssa Rochelle Burgess, una delle principali professioniste nel campo delle risposte comunitarie partecipative, e da una discussione di gruppo con i campioni dell'assistenza sanitaria comunitaria del Borough di Southwark a Londra.

73% delle persone a livello mondiale afferma che si fiderebbe di più di un medico o di un infermiere rispetto ad altre fonti di consigli medici, come la famiglia, gli amici, i leader religiosi e le persone famose. L'aumento della fiducia nei vaccini tra i professionisti sanitari è stato riconosciuto come una priorità da parte dell'Europa e della Coalizione per la Vaccinazione⁵⁹.

È particolarmente importante quando si tratta di vaccinare gruppi marginalizzati. Come ha notato un intervistato francese, il pregiudizio entra in gioco. Alcuni operatori sanitari presuppongono che certe persone, se sono povere o appartenenti a una minoranza etnica, non vorranno essere vaccinate, quindi non condividono le

informazioni con loro. L'ultima relazione sullo stato della fiducia nei vaccini segnala che la fiducia è generalmente alta tra i professionisti sanitari, ma esistono delle differenze. Ad esempio, la probabilità di raccomandare il vaccino HPV mostra una grande variabilità tra i paesi. I fornitori di assistenza sanitaria necessitano di maggiore supporto e formazione per gestire l'ambiente dei vaccini in rapida evoluzione, così come per interagire con coloro che sono riluttanti o rifiutano la vaccinazione⁶⁰.

Nel corso della ricerca per questa relazione, gli esperti hanno sottolineato l'importanza di sviluppare risposte comunitarie iperlocali e mirate per affrontare sia le barriere all'accesso che quelle alla fiducia nella vaccinazione.

04. Raccomandazioni per l'azione

A livello dell'UE:

- 1. In linea con l'Agenda Europea per l'Immunizzazione 2030, migliorare l'attenzione all'equità della vaccinazione come parte dei programmi finanziati dall'UE.** L'Unione europea dovrebbe, attraverso i suoi diversi programmi di finanziamento, integrare meglio le considerazioni di equità come parte delle iniziative attuali e future sulla vaccinazione. Sia come programmi specifici che come nuove caratteristiche all'interno di quelli in corso. Le intersezioni tra povertà, esclusione sociale e vaccinazione devono essere meglio mappate a livello dell'UE.
- 2. Integrare l'equità della vaccinazione come un flusso di lavoro di base con gli stakeholder esistenti in Europa sulla vaccinazione.** Nonostante l'immensa varietà di organizzazioni e stakeholder che promuovono la vaccinazione in Europa, si presta poca attenzione ai fattori di equità. L'equità dovrebbe essere un pilastro chiave di qualsiasi attività di promozione della vaccinazione in Europa. Le lezioni e le migliori pratiche dei vari progetti finanziati dall'UE su questo argomento dovrebbero essere integrate in un unico portale per garantirne la diffusione.
- 3. In linea con l'Obiettivo 3 per lo Sviluppo Sostenibile, promuovere una copertura sanitaria universale in tutta l'UE, indipendentemente dallo status legale, sociale e abitativo delle persone.** La copertura sanitaria universale è fondamentale per

ridurre le barriere all'accesso alle cure sanitarie, anche per coloro che hanno permessi di soggiorno registrati.

- 4. Concentrare la ricerca e il supporto sulle giovani donne.** Le giovani donne possono svolgere un ruolo critico nel migliorare l'adozione della vaccinazione in Europa come madri, lavoratrici sanitarie e influenzatrici. I governi e le organizzazioni sanitarie devono concentrarsi sullo sviluppo di interventi specificamente progettati per coinvolgere le giovani donne nelle campagne di vaccinazione. Questi sforzi dovrebbero cercare di evidenziare i benefici per le donne e garantire un compenso per il loro tempo e il loro contributo. Ciò contribuirà a garantire che le campagne di vaccinazione siano efficaci nel raggiungere popolazioni che vivono in povertà ed esclusione sociale.

A livello nazionale:

- 1. Migliorare la raccolta di dati sull'equità della vaccinazione.** La raccolta di dati sull'equità dei vaccini deve essere potenziata a livello nazionale così da individuare in modo coerente i determinanti socioeconomici dell'inequità in tutta Europa. Ciò aiuterà a garantire che possano essere sviluppate politiche e interventi efficaci per affrontare le disuguaglianze nei vaccini. L'UE può quindi iniziare a migliorare il coordinamento, la raccolta e l'armonizzazione dei dati in tutta la regione, come ha iniziato a fare con la COVID-19.

- 2. Sviluppare centri di vaccinazione iper-mirati.** Dovrebbero essere sviluppate cliniche di vaccinazione mobili iper-mirate in partenariato con organizzazioni comunitarie e fornitori di assistenza sanitaria. Ciò aiuterà a raggiungere le popolazioni colpite da povertà ed esclusione sociale, dove l'accesso ai servizi sanitari può essere limitato a causa di vincoli di trasporto e costo.
- 3. Favorire la costruzione della fiducia tra i fornitori di assistenza sanitaria.** I fornitori di assistenza sanitaria giocano un ruolo fondamentale nella costruzione della fiducia nelle vaccinazioni. I governi e le organizzazioni sanitarie devono investire nella formazione e nel sostegno ai lavoratori sanitari per garantire che abbiano le conoscenze, le competenze e la fiducia per impegnarsi in attività di costruzione della fiducia nelle vaccinazioni. Ciò contribuirà a garantire che i fornitori di assistenza sanitaria possano interagire efficacemente con le comunità esitanti sulle vaccinazioni e costruire fiducia nei vaccini.
- 4. Aumentare il ruolo delle farmacie comunitarie nella somministrazione dei vaccini.** Le farmacie sono spesso più accessibili degli ambulatori medici e possono svolgere un ruolo attivo nella somministrazione dei vaccini. I governi e le organizzazioni sanitarie devono aumentare il ruolo delle farmacie nella somministrazione dei vaccini per garantire che le vaccinazioni siano accessibili alle popolazioni colpite da povertà ed esclusione sociale.
- 5. Equipaggiare i centri per rifugiati e i centri di accoglienza per la somministrazione dei vaccini tra adolescenti e adulti.** I rifugiati e i migranti con uno status di cittadinanza incerto affrontano barriere specifiche nell'accesso alle vaccinazioni. I governi



e le organizzazioni sanitarie devono dotare i centri per rifugiati e i centri di accoglienza del personale e delle risorse necessarie per effettuare valutazioni e somministrazioni di vaccini per i nuovi arrivati. È necessario inoltre porre l'accento sul garantire che i pazienti sappiano cosa stanno ricevendo e vengano forniti loro registri o schede di vaccinazione per facilitare spostamenti successivi o l'invio a future cure. Ciò aiuterà a garantire che migranti e rifugiati possano avere accesso alle vaccinazioni e non vengano esclusi dalle campagne di vaccinazione.

- 6. Fornire micro sovvenzioni per i gruppi comunitari.** I gruppi comunitari necessitano di micro sovvenzioni flessibili e che non richiedano una vasta rendicontazione. Ciò contribuirà a garantire che i gruppi comunitari abbiano le risorse necessarie per partecipare a campagne di vaccinazione efficaci nel raggiungere popolazioni che vivono in condizioni di povertà ed esclusione sociale.

Allegato 1: Risorse chiave

Francia

Una recente e dettagliata analisi delle ragioni della scarsa vaccinazione in questa area di bassa adesione della Francia e esempi di efficaci risposte della comunità. **Fonte:** De Champs, C. M., et al., 2022. [A Regional Study of the levers and barriers to HPV Vaccination in the Auvergne-Rhône-Alpes region.](#) [Uno studio regionale sui fattori promotori e le barriere alla vaccinazione HPV nella regione dell'Auvergne-Rhône-Alpes]. La Région.

Germania

Questo report esamina se i programmi degli istituti comprensivi possono raggiungere adeguatamente i figli dei genitori che rifiutano il vaccino. Il paese continua a registrare tassi di bassa adesione per la vaccinazione completa contro l'HPV, che è del 47,2% tra le ragazze di 15 anni e del 5,1% tra i ragazzi di 15 anni alla fine del 2019. **Fonte:** Robert Koch Institut, 2022. [School vaccination programs as a solution to increase HPV vaccination rates in Germany?](#) [Programmi di vaccinazione scolastica come soluzione per aumentare i tassi di vaccinazione HPV in Germania?]

Italia

Questo documento descrive come il progetto Immunion svilupperà un programma basato sulle scuole del Lazio per aiutare a superare le disuguaglianze nella vaccinazione. Il programma pilota è guidato dall'Istituto Superiore di Sanità in Italia (ISS). **Fonte:** De Castro, P., 2021. [Co-Creating/Co-Selecting Tools For Piloting.](#) [Co-Creazione/Co-Selezione di Strumenti per attività pilota]. Immunion.

Spagna

"L'impossibilità di curare senza capire". Questo articolo spiega il lavoro di una organizzazione leader nella mediazione culturale che opera in Spagna, inclusi i modi in cui questa aiuta a superare le barriere linguistiche e di alfabetizzazione sanitaria tra le popolazioni migranti. **Fonte:** López Trujillo, M., 2019. [La imposibilidad de curar sin entender.](#) [L'impossibilità di curare senza capire.] Newtral.

Regno Unito

Eccellente panoramica e serie di raccomandazioni su come il Regno Unito possa monitorare e tracciare meglio le iniquità nell'adozione delle vaccinazioni. **Fonte:** Roberts, D., et al., 2021. [National Immunisation Programme: Health Equity Audit.](#) [Programma Nazionale di Immunizzazione: Audit sull'Equità Sanitaria]. Public Health England.

Generale

Uno dei pochissimi studi complessivi su questo argomento, scritto da parte del team che dirige il progetto finanziato dall'UE [ImmuHubs](#) per aumentare l'adozione dei vaccini tra gruppi svantaggiati e isolati in 6 paesi europei. Guidato dal think tank tedesco, la Vaccine Safety Initiative. **Fonte:** Ekezie, W., Awwad, S., & Krauchenberg, A., et al., 2022. [Access to Vaccination among Disadvantaged, Isolated and Difficult-to-Reach communities in the WHO European Region: A Systematic Review.](#) [Accesso alla Vaccinazione tra Comunità Svantaggiate, Isolate e Difficili da Raggiungere nella Regione Europea dell'OMS: Una Revisione Sistemica]. Vaccines.

Costituisce la panoramica più recente, che evidenzia il declino della fiducia dal 2018. Include un'analisi per età e genere, nonché un'analisi individuale per paese. **Fonte:** De Figueiredo, A., Egan, R., & Larson, H. J., et al., 2022. [State of Vaccine Confidence in the EU 2022.](#) [Stato della Fiducia nel Vaccino nell'UE 2022]. Commissione Europea.

Questa guida offre ai paesi un processo attraverso il quale identificare gruppi vulnerabili e individuare barriere e motivazioni all'adozione della vaccinazione, inclusa l'utilizzazione del modello di insight comportamentali COMB. È stata utilizzata in 13 paesi dell'UE dal 2013. **Fonte:** Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa, 2019. [Tailoring Immunisation Programmes \(TIP\)](#). [Programmi di Immunizzazione su Misura (TIP)].

Un database inestimabile che fornisce dati a livello globale, regionale e nazionale sulla copertura vaccinale, casi e calendari di vaccinazione. Include anche collegamenti a dati subnazionali e le stime di OMS e UNICEF sulla copertura nazionale

di immunizzazione per ogni paese (WUENIC).

Fonte: [Portale Dati sull'Immunizzazione dell'OMS.](#)

Progettato per i responsabili delle politiche – questa guida delinea le migliori pratiche per sostenere lo sviluppo di politiche e programmi di vaccinazione per rifugiati e migranti nella Regione Europea. Include azioni prioritarie, sfide e raccomandazioni. **Fonte:** Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa, 2019. [Delivery of immunization services for refugees and migrants, Technical Guidance.](#) [Erogazione di servizi di immunizzazione per rifugiati e migranti, Guida Tecnica].

Informazioni su Business Fights Poverty

Business Fights Poverty è una rete aziendale globale che si associa con le imprese per sostenere la vita, i mezzi di sostentamento e l'accesso all'apprendimento delle persone e delle comunità più vulnerabili. Abbiamo oltre 17 anni di esperienza nella coordinazione di collaborazioni rapide che stimolano l'azione, curando incontri significativi per approfondire le relazioni e sfruttando l'apprendimento collettivo della nostra comunità di oltre 30.000 membri per generare nuove visioni. Al centro vi sono un gruppo di aziende globali di primo piano e una rete di partner di contenuti provenienti da tutta la comunità di sviluppo internazionale.

Questo rapporto è stato scritto da Alice Allan, con il supporto di Sofia Ribas e Anna Spenner Hernandez presso Business Fights Poverty. Vorremmo ringraziare le seguenti persone per averci fornito preziose intuizioni e orientamenti, attraverso interviste ed eventi di sensibilizzazione.

- Alison Crawshaw, candidata PhD in Salute dei Migranti e Ricerca Partecipativa, St George's, Università di Londra
- Barbara Rath, PhD, Cofondatrice e Presidente, Iniziativa sulla Sicurezza dei Vaccini
- Carole Martin de Champs, Direttrice, Osservatorio Regionale della Salute Auvergne-Rhône-Alpes
- Ciara O'Rourke, Direttrice della Politica Pubblica Globale – Fiducia ed Equità nella Vaccinazione, MSD
- Dan Paskins, Direttore dell'Impatto UK, Save The Children

- Gustav Ando, Direttore Generale, Economia della Salute e Accesso al Mercato, Global Data
- Jaime Jesus Pérez Martín, Presidente dell'Associazione Spagnola di Vaccinazione, Direttore Generale VP in Prevenzione, Promozione della Salute e Dipendenze a Murcia, Spagna
- Jeffery Lazarus, Professore di Salute Globale, CUNY SPH e Professore di Ricerca Associato, ISGlobal
- Mariano Votta, Direttore, Rete di Cittadinanza Attiva, UE
- Marium Qaiser, Stratega di Salute Globale e Consulente Politico
- Natalina Sutton, Ufficiale del Programma di Sanità Pubblica, Southwark Council, Londra
- Rachel Eagan, Ricercatrice, The Vaccine Confidence Project, Scuola di Igiene e Medicina Tropicale di Londra
- Ramazan Salman, Direttore Esecutivo, Ethno Medical Centre, Germania
- Dr. Rochelle Burgess, Professoressa Associata in Salute Globale, Vice Direttrice, University College London Centre per le Malattie Non-Trasmissibili Globali
- Roopa Dhatt, Direttrice Esecutiva, Women in Global Health
- Stefan Swartling Peterson, Consulente Esperto in Salute, Comitato Svedese, UNICEF.

Circoscrizione londinese di Southwark, Ambasciatori della salute di comunità

Alison Blackwood	Monsurat Oyenuga
Enduement Adiohwo	Nurudeen Kallon
Ernest Nkrumah	Patricia K Cuenca
Ese Anabui	Patricia Kanneh-Fitzgerald
Franklin Akpomuwwe	Saidat Oketunde
Gary Dixon	

Allegato 2: Esempi di progetti finanziati dall'UE

Per valutare quanto del bilancio sanitario dell'UE sia stato speso per l'equità nella vaccinazione, abbiamo esaminato i progetti finanziati nell'ambito del Terzo Programma Sanitario 2014-2020 ed elencati nel database del programma sanitario CHAFAEA. Il programma aveva un bilancio totale di 449,4 milioni di euro e comprendeva 23 aree prioritarie. Non abbiamo valutato quanto sia stato finanziato per l'equità nella vaccinazione nell'ambito del nuovo [bilancio EU4Health](#) di 5 miliardi di euro (2021-2027), che ha stanziato ingenti somme per la preparazione alle crisi sanitarie da quando è iniziata la pandemia di COVID.

Dal bilancio totale, **12.388.235,75** euro sono

stati destinati a progetti legati all'equità nella vaccinazione. Ciò rappresenta solo il **2,75%** del bilancio totale. Nel 2018, è stata lanciata [L'azione comune sulla vaccinazione](#) per affrontare l'incertezza verso i vaccini e per aumentare la copertura vaccinale nell'UE. Il Programma Sanitario dell'UE ha fornito un finanziamento di 3,55 milioni di euro. Se dovessimo includere questo nel nostro bilancio totale = $3,55 \text{ milioni} + 12.388.235,75 = 15.938.235,70 / 449,4 \text{ milioni} \times 100 = 3,54\%$. **Il finanziamento finale relativo alla vaccinazione equivale al 3,5% del bilancio totale.** Gli esempi di progetti finanziati forniscono utili collegamenti a risorse e istituzioni che lavorano per sostenere l'equità nella vaccinazione.

Durata & Contributi dell'EC	Titolo	Descrizione	Rilevanza per il Regno Unito, Francia, Germania, Italia, Spagna
2021-2026 €3.299.750,00 da un budget per la ricerca separato di Horizon 2020 (quindi non incluso nel totale)	RIVER-EU	Reducing Inequalities in Vaccine uptake in the European Region – Engaging Underserved communities (RIVER-EU) è un progetto di 5 anni (2021-2026) finanziato dal Programma di Ricerca Horizon 2020. Il suo principale obiettivo è affrontare l'adesione tra specifici gruppi etnici, religiosi e culturali. L'attenzione sarà sulla vaccinazione MMR e HPV in comunità svantaggiate selezionate (migranti in Grecia, donne e ragazze turche e marocchine nei Paesi Bassi, ucraini in Polonia e Rom in Slovacchia). Mettendo in luce i determinanti del sistema sanitario dell'insufficiente adesione alla vaccinazione, il progetto svilupperà strategie per aumentare i tassi di vaccinazione.	La comunità bengalese del Regno Unito farà parte dello studio. Parte di questo progetto è guidata da VIVI e SEKI .
01/05/2021 – 30/04/2024 €951.120,03	Reaching the hard-to-reach: Increasing access and vaccine uptake among prison population in Europe [RISE-Vac] [101018353] – Progetto	RISE-Vac mira a migliorare la salute della popolazione carceraria in Europa promuovendo la competenza sulle vaccinazioni, migliorando l'offerta di vaccini e aumentando l'adesione alle vaccinazioni. Utilizzando metodologie all'avanguardia, RISE-Vac raccoglierà le prove esistenti sulle strategie e sui servizi di vaccinazione mirati alle persone in carcere e le combinerà con dati raccolti prospettivamente su (i) atteggiamento e competenza sulle vaccinazioni tra la popolazione carceraria e il personale; (ii) stato di vaccinazione e adesione alle vaccinazioni durante la detenzione. Sostenendo il principio che la salute in carcere è salute pubblica, il progetto RISE-Vac fornirà strumenti e opzioni basate su dati e prove per guidare i paesi europei nel migliorare lo stato di salute delle persone in carcere e della popolazione europea in generale.	Italia: UNIVERSITÀ DI PISA [UNIFI], AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE (ASST) SANTI PAOLO E CARLO [SPH] + Health Without Barriers – European Federation for Prison Health (HWBs) [Health Without Barriers – European Federation for Prison Health (HWBs)] Germania: UNIVERSITÀ DI SCIENZE APPLICATE DI FRANCOFORTE [ISFF] Regno Unito: Dipartimento di Salute [UK PHE] Francia: CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE MONTPELLIER [CHRU]

01/05/2021 – 30/04/2024 €994.393,00	Increased Access To Vaccination for Newly Arrived Migrants [AcToVax4NAM] [101018349] – Progetto	Increased Access To Vaccination for Newly Arrived Migrants - AcToVax4NAM mira a migliorare l'accesso alla vaccinazione per i migranti appena arrivati, rendendo le condizioni di accesso eque e garantite. Il progetto risponde all'argomento specifico del programma di lavoro del 2020, "Aumento dell'accesso alla vaccinazione per i migranti appena arrivati nei paesi di prima linea, di transito e di destinazione". Obiettivi: (1) Descrivere le linee guida sull'immunizzazione, l'accoglienza e i sistemi di offerta di vaccinazione per i migranti appena arrivati (2) Caratterizzare le barriere del sistema che ostacolano l'immunizzazione dei migranti appena arrivati e identificare soluzioni possibili.	Italia: ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ [ISS] , UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA LA SAPIENZA [UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA LA SAPIENZA] Spagna: FUNDACIÓ INSTITUT DE RECERCA HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON [VHIR] Germania: ETHNO-MEDIZINISCHES ZENTRUM EV [EMZ] (MiMi)
01/05/2021 – 30/04/2024 €989.104,39	Innovative Immunisation Hubs [ImmuHubs] [101018282] – Progetto	Il progetto Innovative Immunisation Hubs ("ImmuHubs") mirerà a (1) Stabilire partnership proattive con gruppi di cittadini, agenzie di sanità pubblica, stakeholder chiave e il grande pubblico per migliorare l'accesso alle vaccinazioni per gruppi di popolazione svantaggiati, isolati e difficili da raggiungere in 8 paesi europei, secondo le migliori pratiche per le partnership comunitarie. (2) Creare azioni innovative di immunizzazione, che aumenteranno l'assunzione di vaccini indipendentemente da confini, generazioni e gruppi di popolazione. (3) Sviluppare soluzioni sostenibili per la protezione da vaccino dei cittadini dell'UE, sia durante sia dopo la pandemia di COVID.	Germania: VIVI coordina e l'Accademia Europea di Pediatria AISBL (EAP) in Italia è uno degli 8 partner. Italia: ACCADEMIA EUROPEA DI PEDIATRIA AISBL [EAP]
01/04/2021 – 31/03/2023 €999.338,00	Improving IMMUnisation cooperation in the European UNION [IMMUNION] [101018210] – Progetto	Il consorzio IMMUNION mira ad aumentare la collaborazione tra gli stakeholder per affrontare problemi di accesso a informazioni accurate sulla vaccinazione e per migliorare le opportunità di formazione ed educazione per i professionisti della salute e gli studenti. Le attività includono lo sviluppo di un sito web dal nome Coalition for Vaccination con integrazione alla piattaforma SEKI esistente, un workshop per educare i formatori, lo sviluppo di strumenti a livello nazionale per migliori pratiche di comunicazione sulla vaccinazione e il miglioramento della visibilità di Coalition for Vaccination.	SEKI & VIVI . Italia: ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ [ISS]
01/08/2018 – 31/03/2022 €3.511.177,02	European Joint Action on Vaccination [EU-JAV] [801495] – Azioni comuni	L'Azione comune sulla vaccinazione propone di affrontare diverse questioni importanti, comuni a molti paesi, come stabilire una cooperazione sostenuta delle autorità degli Stati membri pertinenti, definire principi di base per la previsione della domanda di vaccini, sviluppare un concetto e un prototipo per un magazzino dati per la condivisione a livello UE dei dati di offerta e domanda di vaccini. Sviluppo di un concetto e prototipo per un framework di definizione delle priorità di R&S per i vaccini, definizione delle specifiche strutturali, tecniche e legali riguardo ai requisiti dei dati per i registri elettronici di vaccini/banche dati/sistemi di informazione sull'immunizzazione. Per realizzare queste ambiziose azioni concrete, il progetto riunisce 20 partner da 20 paesi diversi, così come organizzazioni internazionali e stakeholder pertinenti.	Francia: INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE [INSERM] Italia: ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ [ISS] Spagna: FUNDACION PUBLICA MIGUEL SERVET [FMS]
01/01/2018 – 31/12/2018 €584.206,40	EPHA SGA 2018 [EPHASGA2018] [824205] – Contributo operativo	EPHA è la principale alleanza della società civile europea che lavora per proteggere e migliorare la salute pubblica per tutti e ridurre le disuguaglianze sanitarie. Insieme ai nostri 88 gruppi membri, EPHA lavora per un cambiamento delle politiche per affrontare le cause profonde dei problemi di salute e le barriere per raggiungere il miglior stato possibile di salute, benessere ed equità.	Rapporto interessante nella sezione Risultati : D6.2 Contributi alla consultazione sulla vaccinazione guidata da EPHA

01/01/2018 – 31/12/2018 €292.714,00	EUPHA Operating Grant [EUPHA] [811123] – Contributo operativo	Seminario EUPHA a Bruxelles sulla fiducia nei vaccini. I 4 case study nazionali (Italia, Polonia, Regno Unito e Albania) hanno mostrato che ci sono fattori nazionali e locali che influenzano la fiducia nei vaccini.	Rapporto nei Risultati : Rapporto del seminario, State of Vaccine Confidence in the EU
01/01/2017 – 31/12/2017 €323.015,00	Cancer Leagues Collaborating in Cancer Prevention and Control at the National and European Level [ECL SGA 2017] [747456] – Contributo operativo	Il gruppo degli Ambasciatori dei Giovani ha organizzato una prima "chat su Twitter" per discutere della vaccinazione contro l'HPV, e ha prodotto un video per commemorare il 30° anniversario del Codice Europeo Contro il Cancro, che è stato visualizzato più di 20.000 volte.	
01/04/2016 – 31/03/2017 €1.689.045,11	Common Approach for Refugees and other migrants' health [CARE] [717317] – Progetto	L'obiettivo del progetto CARE era promuovere e mantenere un buono stato di salute tra i migranti e le popolazioni locali in 5 Stati membri che sperimentano una forte pressione migratoria: Italia, Grecia, Malta, Croazia e Slovenia. È stato anche condotto un sondaggio inclusivo sulle vaccinazioni offerte ai migranti appena arrivati nei paesi partecipanti all'interno del progetto CARE, basato sulla raccolta di dati primari.	Italia: ISTITUTO NAZIONALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLE POPOLAZIONI MIGRANTI E PER IL CONTRASTO DELLE MALATTIE DELLA POVERTÀ [INMP] + ENTE STRUMENTALE ALLA CROCE ROSSA ITALIANA [ASSOCIAZIONE ITALIANA DELLA CROCE ROSSA] + MINISTERO DELLA SALUTE [IT MINSAL] + ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ [ISS] + AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA ANNA MEYER [AOU MEYER] + OSPEDALE PEDIATRICO BAMBIN GESÙ [OPBG] + OXFAM ITALIA ONLUS [OXFAM ITALIA]
01/01/2016 – 31/12/2016 €332.539,00	Cancer Leagues Collaborating in Cancer Prevention and Control at the National and European Level [ECL SGA 2016] [709864] – Contributo operativo	Questo progetto aveva l'obiettivo di collegare meglio i responsabili delle politiche dell'UE con le informazioni provenienti dalle società/associazioni sul cancro che operano nel campo. Mirava anche a promuovere una cooperazione più stretta tra le società interessate dal cancro e le parti interessate pertinenti per affrontare le sfide comuni derivanti dai crescenti oneri delle malattie croniche.	
01/01/2015 – 31/12/2015 €487.440,00	EPHA 2015: Protecting and improving public health and well-being in all policies. [EPHA] [671370] – Contributo operativo	EPHA è un'ONG leader che si batte per una migliore salute pubblica per tutti coloro che vivono in Europa. Il loro ruolo chiave è promuovere la salute nell'Unione Europea ai più alti livelli decisionali della Commissione europea, del Parlamento europeo e del Consiglio europeo.	
01/01/2015 – 31/12/2015 €314.971,80	Cancer Leagues Collaborating in Cancer Prevention and Control at the EU and National Level [ECL OG 2014] [671365] – Contributo operativo	Questa sovvenzione ha permesso alle leghe contro il cancro di monitorare la legislazione e le azioni di prevenzione e controllo del cancro nell'UE; Lavorare per un'Europa senza tabacco. Attraverso il Gruppo di Lavoro di Supporto ai Pazienti (PSWG), esplora i problemi dei pazienti tra le leghe membro per aree in cui ECL può formulare raccomandazioni per l'uso da parte delle leghe e a livello dell'UE; Comunicare e promuovere l'attuazione del Codice Europeo Contro il Cancro tra le leghe membro e in tutta Europa.	

23/12/2014 – 22/12/2017 €315.272,00	Cancer Leagues Collaborating in Cancer Prevention and Control at the EU and National Level [ECL OG 2014] [664682] – Accordo quadro di collaborazione	L'Associazione delle Leghe Europee contro il Cancro (ECL) è un'ONG leader nelle azioni di controllo del cancro a livello europeo dal 1980. Rappresentata da membri nei paesi dell'UE e non dell'UE a livello nazionale, le leghe sono spesso la principale risorsa per il pubblico per informazioni e servizi di controllo del cancro.	
01/09/2011 – 01/09/2014 €603.900,00	Promotion of Immunization for Health Professionals in Europe [HPImmune] [2010102] – Progetto	Un progetto che prende di mira i lavoratori sanitari come un "gruppo a rischio" e fornisce istruzione, formazione e scambio di informazioni sull'influenza stagionale e sulla vaccinazione.	Germania: Technische Universität Dresden

BUDGET TOTALE 2014–2020 = €12.388.235,75

Note finali

- The George Washington University online Master of Public Health program, 2020. Equity vs. Equality: What's the Difference?
- European Commission Definition [Definizione della Commissione europea]
- 2019 International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations. Definition of the life-course approach [Federazione Internazionale dei Produttori Farmaceutici e delle Associazioni 2019. Definizione dell'approccio che considera l'intero arco della vita]
- The NHS Race and Health Observatory 2021. The Power of Language [L'Osservatorio su Etnia e Salute dell'NHS 2021. Il Potere della lingua]
- In Germania, il personale sta lottando per una migliore retribuzione. Source: Healy, R., 2023. 'Channel your anger': what can we learn from Germany's nursing strike success?. Royal College of Nursing. / Nel Regno Unito, i lavoratori sanitari si trovano di fronte a una crisi del costo della vita. Source: Miranda Bryant, 2023. Half of NHS trusts providing or planning food banks for staff. The Guardian.
- Commission europea, 2021. Cifre complessive sull'immigrazione nella società europea.
- Global Immunization, Centres for Control Disease and Prevention, 2022. Fast Facts on Global Immunization.
- Javier, G., et al., 2013. Adult Vaccination: A Key Component of Healthy Ageing. The benefits of life-course immunisation in Europe. Supporting Active Ageing Through Immunisation (SAATI) Partnership.
- Klugman, K. P., & Black, S. 2018. Impact of existing vaccines in reducing antibiotic resistance: Primary and secondary effects. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America.
- Si veda anche il rapporto di MSD sui tassi di copertura vaccinale infantile in Europa.
- Secondo il database sull'immunizzazione dell'OMS nel 2021, i tassi di copertura per il morbillo erano i seguenti; Francia 86%, Regno Unito 87%, Germania 93%, Spagna 91% e Italia 86%.
- Boyce, T et al. 2019. Towards equity in immunisation. Euro Surveill.
- Batcheler, R., Hargreaves, D., Rehill J., & Shah, R., 2021. Are young children healthier than they were two decades ago? The changing face of early childhood in the UK. Nuffield Foundation.
- Deal, A., et al., 2021. Migration and outbreaks of vaccine-preventable disease in Europe: a systematic review. Elsevier Ltd.
- OMS - Ufficio regionale per l'Europa, 2019. Delivery of immunization services for refugees and migrants
- Fournet, N., et al., 2018. Under-vaccinated groups in Europe and their beliefs, attitudes and reasons for non-vaccination; two systematic reviews. BMC Public Health.
- Organizzazione Mondiale della Sanità, 2021. The European Immunization Agenda 2030.
- De Keersmaecker, S., Meder, MS & Cassidy, D., 2021. Europe's Beating Cancer Plan: A new EU approach to prevention, treatment and care. Commissione europea.
- Vedi l'Allegato per i calcoli e l'elenco completo dei progetti.
- Eurostat, 2022. Migrant integration statistics- at risk of poverty and social exclusion
- EU Agency for Fundamental Rights, 2022. Roma Survey 2021
- P Matejic and R Earwaker, Joseph Rowntree Foundation, 2022. Ethnicity and the heightened risk of very deep poverty
- Eurostat, 2022. Living conditions in Europe, poverty and social exclusion
- Eurostat Archive, 2016. Urban Europe
- Deal, A., et al., 2021. Migration and outbreaks of vaccine-preventable disease in Europe: a systematic review. The Lancet.
- Taha, M. K., et al., 2022. Equity in vaccination policies to overcome social deprivation as a risk factor for invasive meningococcal disease. Expert Review of Vaccines.

- 27 Steinert, J., et al., 2022. COVID-19 vaccine hesitancy in eight European countries: Prevalence, determinants, and heterogeneity Science Advances.
- 28 Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes, 2022. Étude Sur Les Leviers Et Les Freins A La Vaccination Contre Les Papillomavirus Humains (HPV).
- 29 Lai, A. 2019. Influenza vaccination coverage and deprivation among the elderly in the municipality of Cagliari: results and perspectives. Journal of preventive medicine and hygiene.
- 30 Ekezie, W., et al., 2022. Access to Vaccination among Disadvantaged, Isolated and Difficult-to-Reach Communities in the WHO European Region: A Systematic Review. Vaccines.
- 31 Norman, F. F., et al., 2021. Seroprevalence of vaccine-preventable and non-vaccine-preventable infections in migrants in Spain. Journal of Travel Medicine.
- 32 Gaughan, C. H., 2022. COVID-19 vaccination uptake amongst ethnic minority communities in England: a linked study exploring the drivers of differential vaccination rates. Journal of Public Health.
- 33 Fournet, N., 2022. Under-vaccinated groups in Europe and their beliefs, attitudes and reasons for non-vaccination; two systematic reviews. BMC Public Health.
- 34 Cronin, A., & Ibrahim, N., 2022. A scoping review of literature exploring factors affecting vaccine uptake within Roma communities across Europe. Expert Review of Vaccines.
- 35 Perniciaro, S., Imöhl, M., & van der Linden, M., 2018. Invasive Pneumococcal Disease in Refugee Children, Germany. Emerging Infectious Diseases.
- 36 Marmot, M., 2021. Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On. The Health Foundation.
- 37 Vedi anche, ad esempio, le 5 A: Access, Acceptance, Awareness, Affordability, Activation (accesso, accettazione, consapevolezza, accessibilità finanziaria e non, attivazione) che sono interventi di "nudging" comportamentale).
- 38 Women in Global Health (2023). [The State of Women and Leadership in Health](#). Nuovo rapporto sulle Grandi Dimissioni previsto per il 2023.
- 39 Ekezie, W., et al., 2022. Access to Vaccination among Disadvantaged, Isolated and Difficult-to-Reach Communities in the WHO European Region: A Systematic Review. Vaccines.
- 40 ECDC, 2023. Dati sulla vaccinazione COVID-19 nell'UE/SEE.
- 41 In un recente libro sull'ineguaglianza infantile nell'assistenza primaria, sono state fatte le seguenti osservazioni sui registri di vaccinazione europei: Finlandia, Islanda e Danimarca (solo campione casuale) sono state in grado di fornire dati individuali da registri nazionali completi. Erano disponibili dati nazionali completi per l'Irlanda tramite collegamenti su base regionale. Erano disponibili dati sulla popolazione totale regionale tramite collegamenti individuali per la Svezia e dati regionali di popolazione basati su piccole aree per la Spagna (Catalogna). I dati del Regno Unito (solo Inghilterra) sono stati forniti da 1.200 medici generici inglesi rappresentativi a livello nazionale. Erano disponibili dati regionali e dati sull'etnicità solo per tre paesi (Svezia, Finlandia e Islanda), Blair, M. and Alexander, D., 2019. "Equity", Issues and Opportunities in Primary Health Care for Children in Europe. Emerald Publishing Limited.
- 42 Boyce, T., 2019. Towards equity in immunisation. Euro Surveill.
- 43 Per ulteriori informazioni visita il sito web dell'Iniziativa sulla Sicurezza dei Vaccini.
- 44 Roberts, D., 2021. National Immunisation Programme: health equity audit. Public Health England.
- 45 Dubé, E., et al., 2018. The WHO Tailoring Immunization Programmes (TIP) approach: Review of implementation to date. Elsevier.
- 46 25 gennaio 2022, discussione online di Business Fights Poverty.
- 47 Boyce, T., et al., 2019. Towards equity in immunisation.
- 48 Edelstein, M., et al., 2018. A comparison of vaccination coverage for different year groups and delivery models within school-based vaccination programmes in England in 2015/16. Fondazione Progetto Arca Onlus.
- 49 David E. Velasquez, D., Nolen, L., Martin, A., 2021. Mobile Clinics Can Help Reduce Health Inequity. Scientific American.
- 50 Crocker-Buque, T., Edelstein, M., & Mounier-Jack, S., 2017. Interventions to reduce inequalities in vaccine uptake in children and adolescents aged <19 years: a systematic review. J Epidemiol Community Health.
- 51 Ibid.
- 52 Pharmaceutical Group of the European Union. Pharmacy 2030: A Vision for Community Pharmacy in Europe.
- 53 Paesi in cui le farmacie sono in grado di somministrare vaccini contro l'influenza includono: Danimarca, Francia, Grecia, Irlanda, Norvegia, Portogallo, Svizzera, Regno Unito. Fonte: European Commission Pharmacists. PGEU Statement on Flu Vaccination 2021-2022.
- 54 Edelman Trust, 2022. 2022 Edelman Trust Barometer.
- 55 Think Young, 2022, COVID-19, Vaccine Hesitancy and routine immunisation: Innovating vaccine delivery for youth.
- 56 Intervista con la Dr.ssa Rochelle Burgess, gennaio 2022.
- 57 Wellcome Trust, 2020. Effective ways to increase vaccination rates.
- 58 Ibid.
- 59 Coalition for Vaccination, 2023. European healthcare professionals unite for the future of vaccination.
- 60 Paterson, P., et al., 2016. Vaccine hesitancy and healthcare providers. Vaccines.
- 61 Jenson, J. A., 2023. Transformations in Community Collaboration: Lessons from COVID-19 Champions across London. ADPH London.



Il coinvolgimento della comunità può realizzare cose che sembrano impossibili da conciliare a prima vista.

Le comunità Rom organizzeranno carpooling verso le cliniche di vaccinazione. I bambini realizzeranno un video sulla sanità che diventerà virale. I cittadini comuni avranno voglia di capire come è stato sviluppato e testato un vaccino. E le vite potranno essere salvate semplicemente bussando a una porta e facendo la domanda giusta. La realtà più difficile è che la fiducia non si costruisce in minuti o ore, ma in mesi e anni che non si adattano perfettamente a un piano di progetto. Come ha dichiarato un operatore comunitario, "Dobbiamo continuare a costruire questo ponte, perché non possiamo costruire un ponte e bruciarlo dopo averlo utilizzato. Quei ponti devono essere lì. E devono essere mantenuti. E devono essere curati".

—Julie Jenson, Autrice di cambiamento per la collaborazione di comunità