Ministero degli Affari Esteri
e della Cooperazione Internazionale

2026 | Rapporto di valutazione

Valutazione d'impatto dei progetti in Mozambico

AID 11375, AID 11587/04/1, AID 11817/04/06, AID 012168/01/9, AID 12168/02/0



Indice

1 Sintesi iniziale 1

2 Contesto geografico e socio-economico 3

2.1 Situazione Paese 3

2.2 Sistema sanitario 4

2.3 Situazione epidemiologica 5

2.4 Politiche di sviluppo e cooperazione internazionale 8

3 Ambito ed obiettivo 11

3.1 Descrizione delle iniziative valutate 11

3.2 Obiettivi generali e specifici della valutazione 15

4 Quadro teorico e metodologico 16

4.1 Criteri di valutazione 16

4.2 Fasi della Valutazione 16

4.3 Metodologia utilizzata e sua applicazione 16

4.4 Fonti informative 18

4.5 Limitazioni 20

5 Presentazione dei risultati 22

5.1 Impatto 22

5.2 Sostenibilità 31

5.3 Efficacia 39

5.4 Coerenza 46

5.5 Efficienza 52

5.6 Rilevanza 54

6 Teoria del Cambiamento finale 58

6.1 Impatto di lungo periodo 59

6.2 Stati intermedi di cambiamento 59

6.3 Percorsi di cambiamento 59

6.4 Assunzioni critiche e fattori abilitanti 60

6.5 Validazione complessiva della Teoria del Cambiamento 61

7 Conclusioni 61

7.1 Impatto 62

7.2 Sostenibilità 62

7.3 Efficacia 63

7.4 Coerenza 63
7.5 Efficienza 63
7.6 Rilevanza 64

8 Raccomandazioni 65

9 Lezioni apprese e buone pratiche 71

10 Allegati al Rapporto 1

10.1 ToR.....2
10.2 Lista dei quesiti valutativi e relativi indicatori e fonti (Matrice di Valutazione) 3
10.3 Elenco della documentazione consultata 10

BIBLIOGRAFIA RELATIVA AL RAPPORTO FINALE 11

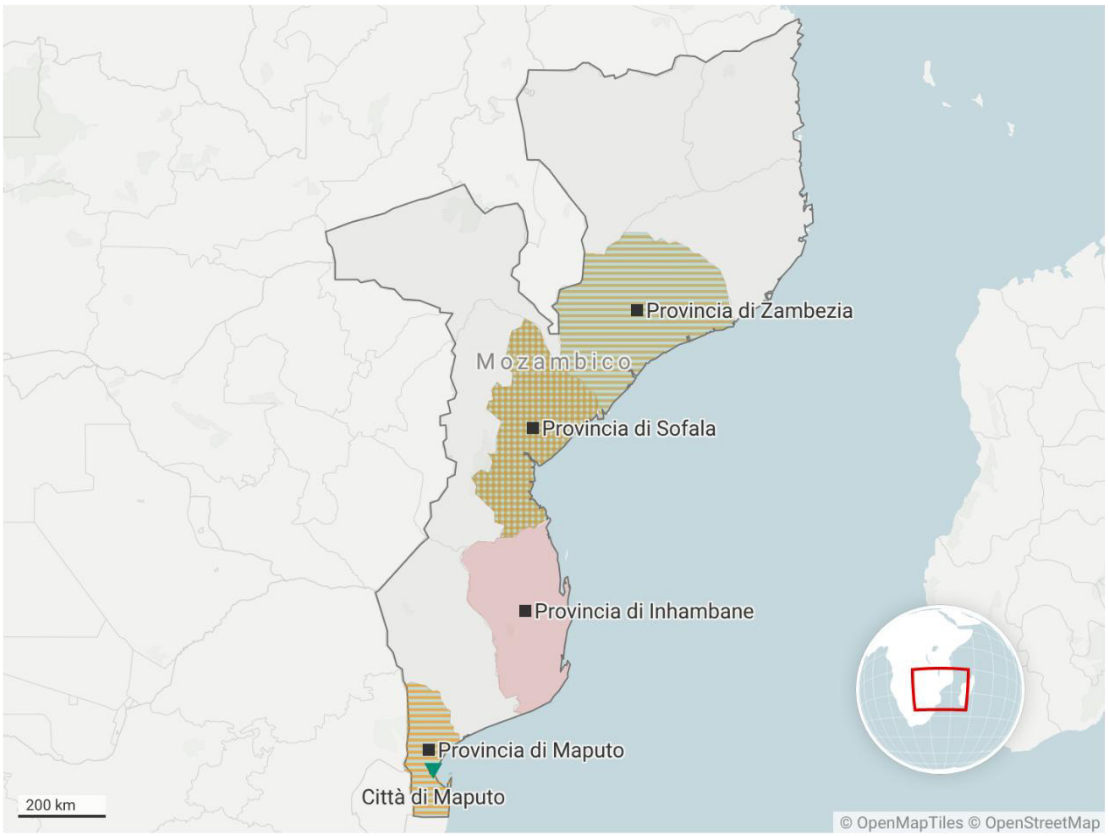
LISTA DEGLI ACRONIMI

ACAP	Comunità di Sant'Egidio – ACAP (denominazione dell'associazione)
ACS	Agentes Comunitários de Saúde (Operatori Comunitari di Salute)
ADPP	Ajuda de Desenvolvimento de Povo para Povo (Aiuto allo Sviluppo da Popolo a Popolo)
AGYW	Adolescent Girls and Young Women (Ragazze e Giovani Donne)
AICS	Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo
AID	Aiuto Italiano allo Sviluppo (codice identificativo progetto)
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Sindrome da Immunodeficienza Acquisita)
AIFO	Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau
APE	Agentes Polivalentes Elementares (Operatori Sanitari Comunitari)
ATS/UATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde / Unidade de Aconselhamento e Testagem em Saúde (Consulenza e Test – Unità di Consulenza e Test)
CACUM	Cancro do Colo do Útero e da Mama (Cancro del Collo dell'Utero e della Mammella)
CCM	Country Coordinating Mechanism (Meccanismo di Coordinamento Nazionale)
CCR	Consulta da Criança em Risco (Consultazione per il Bambino a Rischio)
CCS	Centro de Colaboração em Saúde (Centro di Collaborazione in Salute)
CD4	Linfociti T CD4 (indicatore dello stato immunitario)
CIOB	Centro de Investigação Operacional da Beira (Centro di Ricerca Operativa di Beira)
COVID-19	Coronavirus Disease 2019 (Malattia da Coronavirus 2019)
CS	Centro de Saúde (Centro di Salute)
CUAMM	Medici con l'Africa CUAMM (Collegio Universitario Aspiranti Medici Missionari)
DGCS	Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo
DNT	Doenças Não Transmissíveis (Malattie Non Trasmissibili)
DPS	Direções Provinciais de Saúde (Direzioni Provinciali della Salute)
DREAM	Associação para o Direito aos Tratamentos Sanitários e de Luta Contra a Sida (Associazione per il Diritto alle Cure Sanitarie e alla Lotta contro l'AIDS)
DUP	Documento Unico di Progetto
EGPAF	Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (Fondazione Elizabeth Glaser per l'AIDS Pediatrico)

EMTCT	Elimination of Mother-to-Child Transmission (Eliminazione della Trasmissione Materno-Infantile)
FGD	Focus Group Discussion (Discussione di Gruppo)
Global Fund	Fondo Mondiale per la lotta all'AIDS, alla Tubercolosi e alla Malaria
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Virus dell'Immunodeficienza Umana)
HPV	Human Papillomavirus (Papillomavirus Umano)
HRBA	Human Rights Based Approach (Approccio Basato sui Diritti Umani)
IARC	International Agency for Research on Cancer (Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro)
ITS	Infecções de Transmissão Sexual (Infezioni Sessualmente Trasmesse)
KAP	Knowledge, Attitudes and Practices (Conoscenze, Attitudini e Pratiche)
KII	Key Informant Interview (Intervista a Informatore Chiave)
LEEP	Loop Electrosurgical Excision Procedure (Escissione con Ansa Diatermica)
M&E	Monitoring and Evaluation (Monitoraggio e Valutazione)
MISAU	Ministério da Saúde (Ministero della Salute del Mozambico)
MMI	Medicus Mundi Italia
NCD	Non-Communicable Diseases (Malattie Non Trasmissibili)
OCSE-DAC	Organisation for Economic Co-operation and Development - Development Assistance Committee (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico – Comitato per l'Aiuto allo Sviluppo)
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ONG	Organizzazioni Non Governative
OSC	Organizzazioni della Società Civile
OSS	Obiettivi di Sviluppo Sostenibile
PEN	Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA (Piano Strategico Nazionale di Risposta all'HIV e all'AIDS)
PESS	Plano Estratégico do Sector Saúde (Piano Strategico del Settore Salute)
PHIA	Population-based HIV Impact Assessment (Valutazione dell'Impatto dell'HIV su Base Popolazionale)
PIL	Prodotto Interno Lordo
PIP	Piano Indicativo Pluriennale
PMA	Paesi Meno Avanzati

PMTCT	Prevention of Mother-to-Child Transmission (Prevenzione della Trasmissione Materno-Infantile)
PNCT	Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (Programma Nazionale di Controllo della Tubercolosi)
PNDRHS	Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde (Piano Nazionale di Sviluppo delle Risorse Umane per la Salute)
PS	Posto de Saúde (Posto di Salute)
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical (Prevenzione della Trasmissione Verticale)
QL	Quadro Logico
RBA	Results Based Approach (Approccio Basato sui Risultati)
RBM	Results-Based Management (Gestione Orientata ai Risultati)
SAAJ	Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens (Servizi Amici degli Adolescenti e dei Giovani)
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (Coronavirus della Sindrome Respiratoria Acuta Grave 2)
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (Servizi Distrettuali di Salute, Donna e Azione Sociale)
SMI	Salute Materno-Infantile
SPS	Serviços Provinciais de Saúde (Servizi Provinciali di Salute)
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
TARV	Tratamento Antirretroviral (Terapia Antiretrovirale)
TB	Tubercolosi
TdR	Termini di Riferimento
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Programma Congiunto delle Nazioni Unite su HIV/AIDS)
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura)
UNFPA	United Nations Population Fund (Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione)
UNIPD	Università degli Studi di Padova
USAID	United States Agency for International Development (Agenzia degli Stati Uniti per lo Sviluppo Internazionale)
VCT	Voluntary Counselling and Testing (Test e Counselling Volontario)
VIA	Visual Inspection with Acetic Acid (Ispezione Visiva con Acido Acetico)

LOCALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI



Interventi

AID11375 | AID011587/04/1, AID012168/01/9 | AID11817/04/6 | AID012168/02/0

Creato con Datawrapper

1 Sintesi iniziale

La valutazione indipendente ha analizzato **cinque iniziative finanziate dalla Cooperazione Italiana nel settore sanitario in Mozambico tra il 2019 e il 2024**, dedicate alle malattie non trasmissibili (DNT), HIV, tubercolosi (TB), prevenzione della trasmissione materno-infantile (PMTCT) e salute di adolescenti e giovani. Quattro delle cinque iniziative sono beneficiarie del finanziamento per "iniziative sinergiche" con le attività del Fondo Globale per la lotta all'AIDS, alla tubercolosi e alla malaria (Global Fund) proposte e realizzate da Organizzazioni della Società Civile, Enti pubblici e Università, alle quali viene destinato il 5% del contributo dell'Italia al Fondo Globale. Gli interventi hanno interessato le Province di Maputo, Sofala, Zambézia e Inhambane e hanno operato attraverso il rafforzamento dei servizi sanitari e delle competenze, servizi di prossimità, coinvolgimento degli attori comunitari e, in alcuni casi, ricerca operativa e partenariati scientifici. La valutazione ha adottato un approccio *mixed-methods* e basato sulla teoria del cambiamento, integrando analisi documentale e dati di monitoraggio con interviste semi-strutturate, discussioni di gruppo e osservazioni dirette. La missione sul campo in Mozambico ha interessato Maputo, Sofala e Inhambane. Per la Provincia di Zambézia l'analisi si è basata sulle fonti documentali, sui dati disponibili e sulle consultazioni con gli attori pertinenti.

Nel complesso, le iniziative hanno prodotto risultati rilevanti e cambiamenti ancora osservabili, soprattutto a livello individuale-comunitario e istituzionale. Gli interventi hanno contribuito ad ampliare l'accessibilità e la continuità delle cure, rafforzare le capacità del personale sanitario e degli attori comunitari, sviluppare modalità di presa in carico più integrate e adeguate a specifici gruppi vulnerabili e consolidare il collegamento tra comunità e sistema sanitario. I risultati sono particolarmente evidenti quando formazione, disponibilità di attrezzature, applicazione pratica e supervisione sono state integrate; quando i servizi sono stati avvicinati alle popolazioni attraverso brigate mobili e attori comunitari; e quando l'offerta è stata adattata alle caratteristiche dei gruppi destinatari, come nel caso dei servizi rivolti a adolescenti e giovani. A livello sistemico emergono segnali di cambiamento (tra cui una maggiore attenzione alle DNT e il progressivo consolidamento di modelli di prossimità) ma le evidenze non consentono di identificarli come trasformazioni pienamente consolidate.

La rilevanza e la coerenza degli interventi risultano elevate, sia rispetto alle priorità sanitarie sia rispetto alle barriere che condizionano l'accesso ai servizi. Distanza, costi di trasporto, povertà, stigma, dinamiche familiari e norme socioculturali continuano tuttavia a incidere in modo differenziato sui diversi gruppi. Le iniziative rivolte alle donne, alle ragazze e ai giovani hanno incorporato risposte specifiche ad alcune di queste vulnerabilità; la disponibilità disomogenea di dati disaggregati per sesso, età, territorio e altri fattori non consente però di confrontare sistematicamente gli effetti tra gruppi né di determinare con sufficiente precisione quali segmenti della popolazione siano rimasti meno raggiunti.

La sostenibilità è differenziata. Le prospettive sono più solide per competenze, pratiche e modalità operative integrate nel funzionamento dei servizi pubblici e sostenute dall'appropriazione istituzionale e comunitaria. Sono invece più fragili le componenti dipendenti da risorse ricorrenti (personale, trasporti e carburante, manutenzione, consumabili, *outreach* e supporto agli attori comunitari) per le quali non emerge una piena integrazione nei meccanismi ordinari di finanziamento. Le esperienze valutate mostrano inoltre che la sostenibilità è favorita quando le funzioni essenziali degli interventi possono essere adattate alle capacità e alle risorse effettivamente disponibili nel sistema.

Il contributo delle singole iniziative ai cambiamenti osservati è più chiaramente documentabile per servizi, strumenti e pratiche direttamente sostenuti dai progetti; diventa invece progressivamente più cumulativo a livello istituzionale e sistemico. In diversi territori gli interventi si sono succeduti nel tempo, gli stessi partner hanno mantenuto una presenza

continuativa e altri programmi e politiche pubbliche hanno concorso ai cambiamenti. La valutazione orienta pertanto alla contribuzione, e non all'attribuzione causale, distinguendo il grado di robustezza delle evidenze disponibili.

Le principali implicazioni per la futura programmazione riguardano la necessità di utilizzare più sistematicamente gli apprendimenti degli interventi e rafforzarne le complementarità, privilegiando il consolidamento e l'adattamento di capacità, servizi e pratiche che abbiano dimostrato valore e possibilità di integrazione nel sistema sanitario. Gli interventi orientati a cambiamenti istituzionali, organizzativi e comunitari dovrebbero disporre di tempi e risorse adeguati e incorporare fin dalla formulazione strategie di sostenibilità e di uscita, verificandone progressivamente la fattibilità con le istituzioni responsabili. Particolare attenzione dovrebbe essere dedicata al consolidamento di modelli integrati di prossimità che colleghino servizi sanitari e attori comunitari, allo sviluppo delle capacità come processo continuo di formazione, applicazione pratica, supervisione e trasferimento delle competenze e all'adattamento dei servizi alle barriere specifiche incontrate da adolescenti, giovani e donne. La ricerca operativa e i partenariati scientifici dovrebbero contribuire sia allo sviluppo delle capacità nazionali di produzione e utilizzo delle evidenze sia alla capitalizzazione degli apprendimenti e alla valutazione dell'adattabilità e dell'istituzionalizzazione delle pratiche sperimentate. La progettazione dovrebbe infine integrare meccanismi di gestione adattativa, continuità operativa e analisi periodica dei rischi, affinché shock esterni, tempi istituzionali e cambiamenti del contesto non compromettano le funzioni essenziali degli interventi e l'accesso ai servizi.

2 Contesto geografico e socio-economico

Questa sezione descrive la Situazione Paese del Mozambico, la struttura del suo sistema sanitario, la situazione epidemiologica per le patologie di interesse per la presente valutazione, e le politiche di sviluppo più rilevanti nel Paese, con un riferimento alla cooperazione italiana.

2.1 Situazione Paese

Il Mozambico è una repubblica semipresidenziale situata nella parte sud-orientale dell'Africa subsahariana con una popolazione di oltre 35 milioni di persone.

Figura 1: Mozambico – Contesto Demografico



Fonte: UNFPA[1]; World Bank[2]; Ministero della Salute del Mozambico (PESS 2014-2019)[3].

Il Mozambico è stato soggetto al **dominio coloniale portoghese** dall'inizio del XVI secolo fino al 1975. Il periodo di indipendenza è stato segnato per i primi 15 anni da una violenta guerra civile che ha distrutto una larga parte delle infrastrutture. Attualmente, il paese sta affrontando un conflitto nella parte settentrionale che dura da otto anni, e che rimane instabile, con attacchi di bassa intensità da parte dello Stato Islamico del Mozambico in tutta la provincia di Cabo Delgado e nelle province limitrofe di Niassa e Nampula[4]. Il Mozambico sta inoltre affrontando un malcontento sociale più ampio, come evidenziato dalle controverse elezioni generali del 2024 che hanno scatenato violenze diffuse[5].

Il paese è classificato dalla Banca Mondiale tra quelli a **basso reddito**[6], avendo un Prodotto Interno Lordo (PIL) pro-capite di circa **627 dollari annui** (2025)[7] e più dell'80% della popolazione che vive al di sotto della soglia di povertà (2022)[8]. Il Mozambico è anche classificato tra i Paesi Meno Avanzati (PMA, *Least Developed Countries*) dalle Nazioni Unite in quanto affronta impedimenti strutturali critici allo sviluppo sostenibile, un elevato grado di vulnerabilità economica e ambientale e un livello ridotto di capitale umano[9]. Questa condizione è evidenziata anche dall'Indice di Sviluppo Umano, pari in Mozambico a 0.493, uno dei valori più bassi del mondo seppur in costante crescita[10]. L'aspettativa di vita media alla nascita nel paese nel 2024 era di 64 anni, in linea con la media

[1] https://www.unfpa.org/data/world-population/MZ
[2] https://data.worldbank.org/indicator/SP.RUR.TOTL.ZS?locations=MZ
[3] Repubblica del Mozambico, Ministero della Salute – Direttorato di Pianificazione e Cooperazione (2024). Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019 (Extensão 2020-2024). https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/12/1519224/final_pess-revisao-extensao_07-marco-2021_3082022.pdf
[4] https://www.worldbank.org/ext/en/country/mozambique#tab-about
[5] Ibid.
[6] https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups
[7] https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=MZ
[8] https://pip.worldbank.org/country-profiles/MOZ
[9] https://policy.desa.un.org/sites/default/files/2025-06/ldc_profile_mozambique.pdf
[10] https://hdr.undp.org/data-center/specific-country-data#/countries/MOZ

dell'Africa subsahariana (63) e leggermente inferiore a quella dei PMA (67)[11], con significative differenze tra donne (67)[12] e uomini (60)[13].

Il paese è dotato di **vaste risorse naturali**, tra cui riserve di gas *offshore*, giacimenti minerari, terreni coltivabili, potenziale idroelettrico e una ricca biodiversità; tuttavia, molti dei suoi abitanti non hanno accesso ai servizi di base né a opportunità economiche significative[14]. L'agricoltura rappresenta la principale fonte di reddito per oltre il 70% della popolazione del Mozambico e garantisce occupazione all'80% della forza lavoro, ma la produttività agricola è bassa a causa della mancanza di tecnologie adeguate[15]. La crescita a livello nazionale rimane limitata da una combinazione di pressioni economiche immediate e sfide strutturali di lunga data, tra cui crescenti squilibri macro-fiscali, *governance* debole, infrastrutture inadeguate, bassi livelli di capitale umano e competenze, un contesto imprenditoriale ostile, vulnerabilità agli shock esterni, fragilità istituzionale e conflitti profondamente radicati, nonché marcate disparità territoriali[16].

Il clima del Mozambico è caratterizzato da frequenti fenomeni meteorologici estremi quali siccità, inondazioni e cicloni tropicali[17]. Si prevede che il cambiamento climatico possa peggiorare la vulnerabilità del paese a questi fenomeni, rappresentando un grave ostacolo allo sviluppo socioeconomico inclusivo e resiliente[18].

2.2 Sistema sanitario

Il ministero responsabile del settore sanitario è il *Ministério da Saúde* (MISAU). Nel periodo di implementazione dei progetti, il sistema sanitario mozambicano si articolava in **quattro tipologie di strutture**: il settore pubblico, organizzato nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN)[19]; il settore privato, a scopo di lucro e senza scopo di lucro; il sottosistema comunitario; e la medicina tradizionale e alternativa. Il SSN si sviluppava su quattro livelli di crescente specializzazione: al livello primario (*centros de saúde,* CS, e *postos de saúde*, PS) e a quello secondario (ospedali distrettuali, generali e rurali, che fungono da primo riferimento a servizio di più distretti) era affidata l'assistenza di base, mentre il livello terziario (ospedali provinciali) e quello quaternario (ospedali centrali e specializzati) garantivano cure specialistiche differenziate e rappresentavano i successivi punti di riferimento per le cure. Le *Direções Provinciais de Saúde* (DPS) avevano il compito di coordinare l'attuazione degli interventi nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, mentre i *Serviços Provinciais de Saúde* svolgevano il ruolo di rappresentanza del settore sanitario nella provincia e garantivano l'attuazione delle attività non decentralizzate nel settore sanitario.

Il sistema sanitario del paese deve affrontare una duplice sfida: da un lato, deve far fronte a un **carico di malattia elevato e persistente** legato alle malattie trasmissibili, in particolare l'HIV e la tubercolosi (TB); dall'altro, sta affrontando una crescente **transizione epidemiologica** verso le malattie non trasmissibili quali il diabete, l'ipertensione e il cancro del collo dell'utero[20]. L'analisi della problematica evidenzia i **vincoli strutturali** che incidono direttamente sull'accesso, sulla qualità e sulla continuità dell'assistenza, in particolare le notevoli distanze geografiche, le barriere all'accesso nelle aree rurali e periurbane, la carenza di operatori sanitari qualificati, nonché la loro distribuzione

[11] https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=MZ
[12] https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.FE.IN?end=2025&locations=MZ&start=2000&view=chart
[13] https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.MA.IN?end=2025&locations=MZ&start=2000&view=chart
[14] https://www.worldbank.org/ext/en/country/mozambique#tab-about
[15] https://www.ifad.org/en/w/countries/mozambique
[16] https://www.worldbank.org/ext/en/country/mozambique#tab-about
[17] World Bank (2025). Climate Risk Profile: Mozambique (2025). https://climateknowledgeportal.worldbank.org/sites/default/files/country-profiles/17258-WB_Mozambique%20Country%20Profile-WEB.pdf
[18] World Bank (2023). Mozambique Country Climate and Development Report. https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/2b9fa284-479a-4f38-9cd8-b39a569b4e7b/content
[19] Il Sistema sanitario nazionale mozambicano è stato riformato a partire da gennaio 2026.
[20] https://data.who.int/countries/508

disomogenea, la debolezza dei sistemi informativi sanitari e le barriere socioculturali e di genere che ostacolano l'utilizzo dei servizi da parte di donne, ragazze adolescenti e giovani donne (AGYW), bambini e altri gruppi vulnerabili. Inoltre, le **emergenze ambientali ed esterne**, in particolare il COVID-19, hanno ulteriormente compromesso i servizi essenziali, le attività di sensibilizzazione della comunità, la disponibilità di medicinali e la continuità dell'assistenza.

Nel 2023, la **spesa sanitaria** corrente del Mozambico corrispondeva all'8,5% del suo PIL, collocandosi significativamente al di sopra della media regionale (4,9) e dei PMA (3,6)[21]. Tuttavia, mentre la parte finanziata dalle risorse governative corrispondeva al 2,3%[22], circa il 57,7% della spesa sanitaria nazionale nello stesso anno era finanziata da risorse esterne[23]. Le disuguaglianze nell'allocazione delle risorse tra le province costituiscono un problema persistente nel Paese[24].

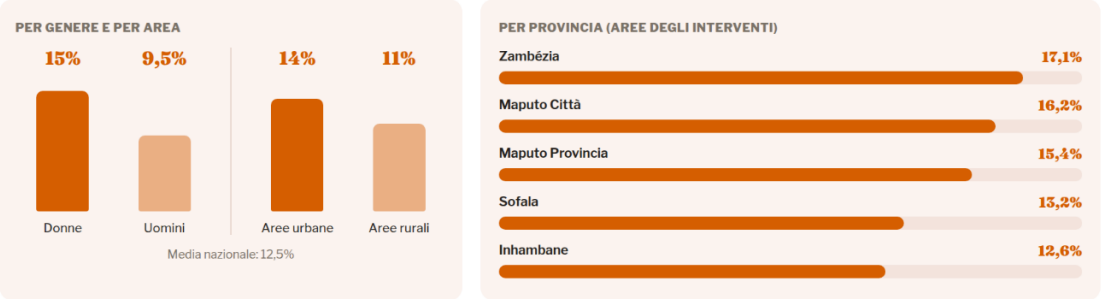
Nel 2025 la sospensione e poi la chiusura dei programmi USAID[25], che nel 2024 avevano erogato al Mozambico circa 586 milioni di dollari[26], si è sommata a una contrazione più ampia dei finanziamenti esterni alla salute[27]. Lo shock si è innestato su un sistema sanitario nazionale già in difficoltà e con una quota del bilancio pubblico destinata alla sanità che limita la capacità del governo di compensare con risorse proprie il venir meno del sostegno esterno.

2.3 Situazione epidemiologica

Il Mozambico è classificato nel periodo 2021-2025 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) tra i paesi con **elevata incidenza di tubercolosi**, tubercolosi associata all'HIV e tubercolosi farmaco-resistente[28]. Quest'ultima è in crescita: si stima che circa il 3,7% dei nuovi casi di tubercolosi e il 20% dei casi di ritrattamento sia multiresistente[29].

L'HIV costituisce la principale sfida sanitaria del paese e incide in modo particolarmente marcato sulle province interessate dagli interventi valutati.

Figura 2: HIV in Mozambico – Quadro Epidemiologico, PHIA 2021



Fonte: PHIA 2021[30]

[21] https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=MZ
[22] https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GD.ZS?locations=MZ
[23] https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/external-health-expenditure-(ext)-as-percentage-of-current-health-expenditure-(che)-(-)
[24] Repubblica del Mozambico, Ministero della Salute – Direttorato di Pianificazione e Cooperazione (2024). Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019 (Extensão 2020-2024). https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/12/1519224/final_pess-revisao-extensao_07-marco-2021_3082022.pdf
[25] https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/2025/01/reevaluating-and-realigning-united-states-foreign-aid/
[26] https://foreignassistance.gov/cd/MOZ/1/2024/obligations
[27] https://sida.se/en/about-sida/how-we-are-governed/swedish-government-decides-to-phase-out-bilateral-strategies-and-close-embassies; https://questions-statements.parliament.uk/written-statements/detail/2026-07-16/hcws287
[28] OMS (2025). Global Tubercolosis Report 2025. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e97dd6f4-b567-4396-8680-717bac6869a9/content
[29] Repubblica del Mozambico, Ministero della Salute – Direttorato di Pianificazione e Cooperazione (2024). Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019 (Extensão 2020-2024). https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/12/1519224/final_pess-revisao-extensao_07-marco-2021_3082022.pdf
[30] https://phia.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2023/10/050324_INSIDA_ENG_RR5.pdf

Le persone affette da HIV sono esposte a un rischio maggiore di contrarre altre malattie, tra cui il cancro cervicale nelle donne, la TB e comuni patologie croniche non trasmissibili, che possono a loro volta complicare l'assistenza clinica per l'HIV stesso[31]. Nel complesso, l'HIV/AIDS costituisce la maggiore causa di morte nel paese (2021)[32].

La tubercolosi è strettamente connessa all'epidemia di HIV e mantiene un'incidenza tra le più elevate dell'Africa subsahariana; sebbene la mortalità sia in netta riduzione nell'ultimo decennio, una minaccia agli sforzi di controllo della tubercolosi è legata alla crescita della tubercolosi farmaco-resistente. L'HIV rappresenta il fattore di rischio a cui può essere attribuito il più alto numero di casi di tubercolosi nel paese[33].

Figura 3 – Tubercolosi in Mozambico



Fonte: OMS[34], Global TB Report/TB Profile Mozambico, 2024 – 2026; World Bank[35]

Secondo i dati del Programma Nazionale di Controllo della Tubercolosi, riferiti al 2019, nel paese si osserva una variazione geografica nella distribuzione dei casi di TB: il maggior numero di nuovi casi di tubercolosi è stato registrato nella provincia di Zambézia, mentre le province meridionali (tra cui la città e la provincia di Maputo) presentano alti tassi di coinfezione da tubercolosi e HIV[36]. Il tasso di successo del trattamento è stato stimato al 91%, ma la copertura terapeutica si ferma al 60%[37].

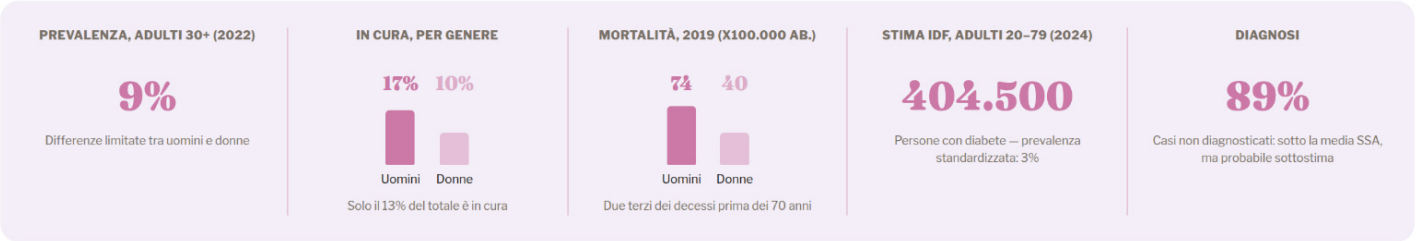
Come discusso nella sezione precedente, **alla persistente pressione delle malattie trasmissibili si affianca una transizione epidemiologica verso le malattie non trasmissibili, già responsabili di una quota rilevante della mortalità**. Si stima che il 31% delle morti in Mozambico sia dovuto a Malattie non Trasmissibili (*Doenças Não Transmissíveis*, DNT) e che il rischio di morte prematura dovuto alle quattro principali DNT (malattie cardiovascolari, cancro, diabete, malattie respiratorie croniche) sia del 27% (2021)[38], con probabilità maggiore per gli uomini rispetto alle donne (34%[39] vs. 22%[40]). Tra le DNT affrontate dagli interventi oggetto della presente valutazione vi sono il diabete, l'ipertensione e il cancro della cervice.

Il diabete presenta una prevalenza significativa ma verosimilmente sottostimata, a fronte di una copertura terapeutica ancora molto limitata e di un'ampia quota di casi non diagnosticati.

---

[31] Ibid.
[32] https://data.who.int/countries/508
[33] https://phia.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2023/10/050324_INSIDA_ENG_RR5.pdf
[34] OMS (2026). Tubercolosis profile: Mozambique. https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&tab=%22tables%22&lan=%22EN%22&iso3=%22MOZ%22&entity_type=%22country%22
[35] https://data.worldbank.org/indicator/SH.TBS.INCD?locations=MZ
[36] Repubblica del Mozambico, Ministero della Salute – Direttorato di Pianificazione e Cooperazione (2024). Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019 (Extensão 2020-2024). https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/12/1519224/final_pess-revisao-extensao_07-marco-2021_3082022.pdf
[37] Ibid.
[38] OMS (2025). *Noncommunicable Diseases Progress Monitoring 2025*. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7a228681-a190-4c29-b2a8-9d4255dc49d1/content
[39] https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NCOM.MA.ZS?locations=MZ
[40] https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NCOM.FE.ZS?locations=MZ

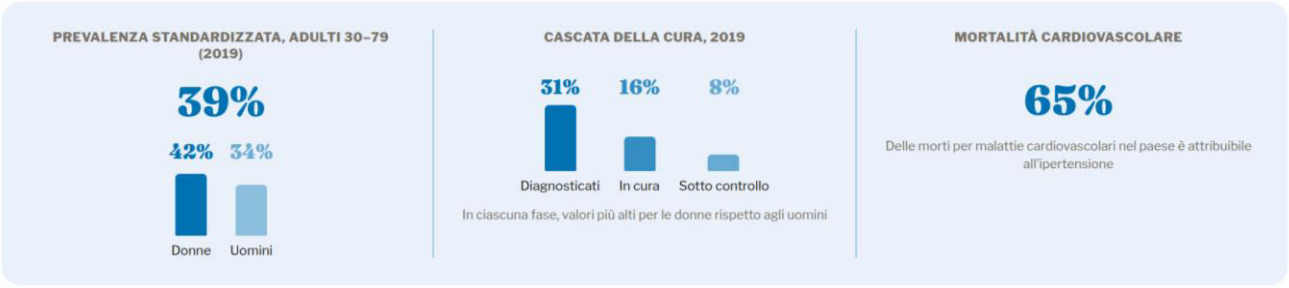
Figura 4 – Diabete in Mozambico



Fonte: OMS, NCD Portal (dati 2019–2022)[41]; International Diabetes Federation, Diabetes Atlas 11ª ed. (2025)[42]

L'ipertensione è ampiamente diffusa nella popolazione adulta, ma la diagnosi, il trattamento e soprattutto il controllo della condizione restano largamente insufficienti, con conseguenze rilevanti sulla mortalità. Secondo le stime dell'OMS, nel 2019 la prevalenza standardizzata per età dell'ipertensione negli adulti tra i 30 e i 79 anni era del 39%.

Figura 5: Ipertensione - Mozambico



Fonte: OMS, Mozambique Hypertension Profile 2023 (dati 2019)[43]

Il cancro della cervice è il tumore più frequente e letale tra le donne mozambicane. Il cancro della cervice rappresenta il 35% di tutti i casi e di tutte le morti per tumore tra le donne e, considerando la popolazione mozambicana nel suo complesso, il 22% di tutti i casi e il 21% di tutte le morti da tumore[44].

Figura 6: Cancro alla cervice - Mozambico



Fonte: IARC, Global Cancer Observatory — Mozambique Factsheet, 2024 estimates (2026)[45]

[41] OMS (2026). Noncommunicable diseases data portal. Mozambique country profile. https://ncdportal.org/CountryProfile/GHE110/MOZ
[42] International Diabetes Federation (2025). *Diabetes Atlas, 11th edition*. https://media.idf.org/media/uploads/sites/3/2025/10/IDF_Diabetes_Atlas_11th_Edition_2025_WEB.pdf
[43] OMS (2019). Mozambique Hypertension Profile 2023. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/hypertension/hypertension-2023/hypertension_moz_2023.pdf?sfvrsn=34519308_4&download=true
[44] Ervik M, Laversanne M, Lam F, Colombet M, Ferlay J, Filho AM, Bray F (2026). *Global Cancer Observatory: Cancer Today (2024 estimates, version 1.0). Mozambique Factsheet.* International Agency for Research on Cancer. https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/508-mozambique-fact-sheet.pdf
[45] Ervik M, Laversanne M, Lam F, Colombet M, Ferlay J, Filho AM, Bray F (2026). Global Cancer Observatory: Cancer Today (2024 estimates, version 1.0). Mozambique Factsheet. International Agency for Research on Cancer. https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/508-mozambique-fact-sheet.pdf

L'elevata incidenza del cancro cervicale in Mozambico riflette l'alta prevalenza dell'HPV e di infezioni da HIV[46]; inoltre, la maggior parte delle donne in Mozambico presenta un cancro cervicale in stadio avanzato e muore a causa della malattia[47], anche a causa di ritardi nella diagnosi[48].

2.4 Politiche di sviluppo e cooperazione internazionale

Per inquadrare gli interventi oggetto della presente valutazione si fa riferimento al **quadro generale delle politiche e delle strategie sanitarie del Mozambico**, delineato da quattro documenti di indirizzo, alcuni dei quali adottati dopo la formulazione delle proposte. Le proposte, infatti, si richiamano in prevalenza al Piano Strategico del Settore Sanitario allora vigente e ai piani nazionali verticali relativi alle singole aree di intervento (HIV e infezioni sessualmente trasmissibili, tubercolosi, trasmissione verticale, malattie non trasmissibili, risorse umane per la salute), oltre che alle strategie internazionali di riferimento di UNAIDS, OMS e Global Fund.

Il quadro generale si articola su più livelli, dalla pianificazione dello sviluppo nazionale alla programmazione del settore sanitario, e comprende i seguenti documenti:

- La Strategia Nazionale di Sviluppo 2025-2044 (*Estratégia Nacional de Desenvolvimento 2025-2044*)[49], che colloca la salute all'interno di una cornice di sviluppo intersettoriale a lungo termine;
- Il Programma Quinquennale del Governo 2025-2029 (*Programa Quinquenal do Governo 2025 – 2029*), che definisce priorità e obiettivi strategici nel breve e medio periodo;
- La Politica Sanitaria e la Strategia per la sua Attuazione (*Política de Saúde e a Estratégia da sua Implementação*, 2022), che definisce l'impianto valoriale e i pilastri strategici della politica sanitaria nazionale;
- Il Piano Strategico del Settore Sanitario 2014-2019, poi esteso al 2024 (*Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019, Extensão 2020-2024*)[50], che articola obiettivi strategici e programmi verticali per patologia.

I principali strumenti di programmazione sanitaria convergono su alcune **priorità comuni**: il rafforzamento del SSN, il miglioramento della qualità e dell'accesso ai servizi e il potenziamento dell'assistenza di base, con particolare attenzione alle aree rurali e periferiche e a una componente comunitaria strutturata e partecipativa. La **Strategia Nazionale di Sviluppo** fissa quattro obiettivi prioritari (qualità ed efficienza dei servizi, ampliamento dei servizi di base, sicurezza delle cure e coinvolgimento delle comunità), mentre il **Programma Quinquennale** li traduce in obiettivi operativi quali l'approvvigionamento di medicinali, l'espansione dei posti sanitari comunitari e delle unità mobili, il rafforzamento degli ospedali distrettuali e dei servizi diagnostici e di screening, la formazione di personale specializzato e la creazione di un istituto pubblico per le DNT. La **Politica Sanitaria** articola questi indirizzi in tre pilastri (promozione di stili di vita sani, rafforzamento del sistema sanitario e attuazione dell'approccio "La salute in tutte le politiche" sui determinanti sociali della salute), mentre il **Piano Strategico del Settore Sanitario** individua tra le sue priorità la

[46] Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Collado JJ, Gómez D, Muñoz J, Bosch FX, de Sanjosé S. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). *Human Papillomavirus and Related Diseases in Mozambique*. Summary Report 10 March 2023. https://hpvcentre.net/statistics/reports/MOZ.pdf?t=1787322295816; de Oliveira, C.M., Rangeiro, R., Osman, N. *et al.* Evaluation of hpv risk groups among women enrolled in the mulher cervical cancer screening study in Mozambique. *Infect Agents Cancer* **20**, 24 (2025). https://doi.org/10.1186/s13027-025-00655-1

[47] Salcedo, M. P. et al. (2023). The Mulher Study: cervical cancer screening with primary HPV testing in Mozambique. *International journal of gynecological cancer: official journal of the International Gynecological Cancer Society*, *33*(12), 1869–1874. https://doi.org/10.1136/ijgc-2023-004958

[48] Azevedo-Fernandes, F., Chilundo, B. Navigating cervical cancer care in Maputo: a mixed-methods analysis of socioeconomic inequities in patient pathways and health system barriers. *BMC Women's Health* **26**, 353 (2026). https://doi.org/10.1186/s12905-026-04550-8

[49] Repubblica del Mozambico (2024). Strategia Nazionale di Sviluppo 2025-2044. https://mef.gov.mz/index.php/publicacoes/estrategias/2184-estrategia-nacional-de-desenvolvimento-2025-2024/file

[50] Repubblica del Mozambico, Ministero della Salute – Direttorato di Pianificazione e Cooperazione (2024). Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019 (Extensão 2020-2024). https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/12/1519224/final_pess-revisao-extensao_07-marco-2021_3082022.pdf

riduzione delle malattie endemiche (tra cui HIV, TB e DNT), il contenimento della crescita delle DNT e l'accelerazione verso un'assistenza di base più solida.

Il Mozambico rappresenta da decenni uno dei principali **Paesi partner della Cooperazione Italiana in Africa Sub-sahariana**[51]. La collaborazione tra i due Paesi affonda le proprie radici nel periodo successivo all'indipendenza e si è progressivamente consolidata attraverso un impegno continuativo a sostegno dello sviluppo socioeconomico del Paese, della lotta alla povertà, della promozione dei diritti umani e del rafforzamento delle istituzioni pubbliche. L'Italia ha inoltre svolto un ruolo significativo nel processo di pace che ha condotto alla firma degli Accordi di Roma del 1992, contribuendo alla costruzione di una relazione di partenariato di lungo periodo con il Mozambico[52].

Attraverso la Sede Regionale AICS di Maputo, la Cooperazione Italiana sostiene le priorità di sviluppo definite dal Governo mozambicano in coerenza con il **Piano Indicativo Pluriennale** (PIP) 2022–2026[53], che individua tra i principali settori di intervento la **salute**, l'agricoltura, la creazione di impiego, lo sviluppo urbano e l'ambiente, integrando in maniera trasversale le dimensioni del buon governo, dell'uguaglianza di genere e della riduzione delle disuguaglianze[54]. In tale quadro, il settore sanitario rappresenta uno degli ambiti storici e prioritari dell'impegno italiano nel Paese. L'azione della Cooperazione Italiana nel settore salute si caratterizza per un approccio orientato al **rafforzamento del Sistema Sanitario Nazionale**, al **consolidamento delle capacità istituzionali e professionali**, al **miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari essenziali** e alla **promozione di modelli di assistenza integrata** capaci di raggiungere le popolazioni più vulnerabili. Tale approccio si sviluppa in stretta collaborazione con il MISAU, le autorità provinciali e distrettuali, le organizzazioni della società civile, le istituzioni accademiche e gli altri partner di sviluppo attivi nel settore[55]. I documenti di politica e di strategia nazionali e internazionali richiamati da ciascuna iniziativa in fase di formulazione, e quindi vigenti al momento della sua approvazione, sono riportati nella Tabella 1.

[51] PIP Mozambico 2022-2026, https://maputo.aics.gov.it/wp-content/uploads/2023/02/AICS-Maputo-PIP-2022-2026.pdf
[52] AICS Maputo, Sito istituzionale, https://maputo.aics.gov.it/home-ita/sede/profilo/
[53] Gli interventi oggetto della presente valutazione sono stati tuttavia finanziati a valere sui bandi dal 2017 al 2020, prima dell'adozione del PIP, che nasce anche dall'esperienza maturata negli interventi sulle malattie trasmissibili. Il riferimento programmatico all'epoca era il Programma Paese Italia-Mozambico 2015-2018, che individuava la salute tra i tre settori prioritari, con particolare attenzione alle risorse umane, insieme al Documento triennale di programmazione 2015-2017 della cooperazione italiana (https://www.aics.gov.it/wp-content/uploads/2023/10/LLGG_UN_MONDO_IN_COMUNE_2015-2017.pdf) e al Documentato triennale di programmazione e indirizzo della cooperazione internazionale per lo sviluppo 2019-2021 (https://trasparenza.aics.gov.it/moduli/downloadFile.php?file=oggetto_allegati/211731234510O__Odocumento+triennale+di+programmazione+ed+indirizzo+2019-2021.pdf).
[54] PIP Mozambico 2022-2026, https://maputo.aics.gov.it/wp-content/uploads/2023/02/AICS-Maputo-PIP-2022-2026.pdf
[55] Ibid.

Tabella 1. Documenti di politica richiamati dai progetti oggetto della valutazione

Progetto	Documenti
Prevenzione e Controllo delle Malattie Non Trasmissibili (AID 11375)	• Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019 • Plano Estratégico Multissectorial de Prevenção e Controlo das DNT 2017-2025. La proposta precisa che al momento non era ancora pubblicato ufficialmente. • Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde (PNDRHS) 2016-2025 • Programma Nazionale di lotta al cancro del collo dell'utero • Piano di espansione dei servizi di anatomia patologica
TILL THE END. Strategie comunitarie di contrasto alla tubercolosi e all'HIV nella provincia di Inhambane (AID 11587/04/1)	• Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019 • Protocollo nazionale TB del PNCT: Avaliação e manejo de pacientes com TB, MISAU/DNSP 2018
Espaço Aberto. Rafforzamento dei servizi sanitari per adolescenti e giovani donne con HIV in Mozambico (AID 11817/04/06)	• PEN IV, citato come "IV Piano Strategico Nazionale" • Strategia Global Fund 2017-2022 "Investing to End Epidemics" • Strategia UNAIDS 90-90-90
PRoTeggiMI: PRevenzione della Trasmissione Materno-Infantile e trattamento di HIV e TB per le comunità remote (AID 012168/01/9)	• Plano de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatite B 2020-2024 • Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019 • Plano Estratégico Nacional de resposta ao HIV 2015-2019 (PEN IV) • Plano Estratégico de Aceleração do Tratamento e Prevenção do HIV 2013-2017 • Plano de Acção Estratégico para a Prevenção e Controlo de ITS 2018-2021 • UNAIDS "Start Free, Stay Free, AIDS Free" • UNAIDS Strategy 2016-2021 • WHO Country Cooperation Strategic Agenda 2018-2022 • WHO Global Health Sector Strategies 2016-2021 • WHO Global guidance EMTCT 2017
Conoscere per curare: mitigare l'impatto del COVID-19 su adolescenti e giovani HIV+ attraverso la ricerca e il miglioramento dei servizi Sanitari (AID 12168/02/0)	• Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019 • Plano Estratégico de Acção para a Prevenção e Controlo das ITS 2018-2021 • PEN IV • PNDRHS 2016-2025 • Estratégia Nacional de Saúde Escolar e dos Adolescentes e Jovens • Plano Nacional de Preparação e Resposta à Pandemia do COVID-19 (marzo 2020)

3 Ambito ed obiettivo

Questa sezione descrive le **iniziative oggetto della valutazione**, presentandone logica e strategia di base, obiettivi generali e specifici, risultati previsti, e stato di realizzazione dei singoli progetti, nonché gli obiettivi generali e specifici della valutazione. Le iniziative valutate sono le seguenti.

- *Prevenzione e Controllo delle Malattie Non Trasmissibili*, realizzato da Medici con l'Africa CUAMM con Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau e Comunità di Sant'Egidio ACAP ONLUS (affidato OSC, € 7.073.000);
- *TILL THE END. Strategie comunitarie di contrasto alla tubercolosi e all'HIV nella provincia di Inhambane*, realizzato da Medicus Mundi Italia con la Direcção Provincial de Saúde de Inhambane, l'Università degli Studi di Brescia - Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Clinica di Malattie Infettive e Tropicali (Fondo Globale 5%, € 405.000);
- *Espaço Aberto. Rafforzamento dei servizi sanitari per adolescenti e giovani donne con HIV in Mozambico*, realizzato da Comunità di Sant'Egidio ACAP ONLUS con DREAM - Associaçao para o Direito aos Tratamentos Sanitarios e de Luta Contra a Sida e Fondazione DREAM - Comunità di Sant'Egidio Onlus (Fondo Globale 5%, € 450.000);
- *PRoTeggiMI: PRevenzione della Trasmissione Materno-Infantile e trattamento di HIV e TB per le comunità remote*, realizzato da Medicus Mundi Italia con Direcção Provincial de Saúde de Inhambane e l'Università degli Studi di Brescia, Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Clinica di Malattie Infettive e Tropicali (Fondo Globale 5%, € 455.000) ;
- Conoscere per curare: mitigare l'impatto del COVID-19 su adolescenti e giovani HIV+ attraverso la ricerca e il miglioramento dei servizi sanitari, realizzato dall'Università di Padova con Medici con l'Africa CUAMM, il Centro de Investigação Operacional di Beira e la Direcção Provincial de Saúde di Sofala (Fondo Globale 5%, € 260.000).

3.1 Descrizione delle iniziative valutate

È nello scenario descritto nella sezione di contesto che la Cooperazione Italiana ha finanziato, direttamente o in quanto iniziative sinergiche con le attività del Fondo Globale, le cinque iniziative oggetto della presente valutazione, che condividono un **approccio strategico** orientato al rafforzamento del SSN e all'allineamento con le politiche e le priorità definite dal MISAU. Questi progetti si fondano su principi comuni quali l'equità, il diritto alla salute, la qualità e l'efficienza dei servizi, il decentramento dell'assistenza a livello locale, la responsabilizzazione delle istituzioni nazionali e locali e il rafforzamento delle partnership, in coerenza con il Piano Strategico del Settore Salute, con le strategie dei programmi nazionali e con gli impegni internazionali assunti dal Paese, inclusi gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (OSS) dell'Agenda 2030. Un elemento trasversale è la **centralità del livello comunitario** quale spazio privilegiato di intervento. Attraverso il rafforzamento dei servizi territoriali, delle *brigadas móveis*[56], delle attività di prevenzione e sensibilizzazione e dei meccanismi di collegamento tra comunità e strutture sanitarie, gli interventi hanno contribuito a migliorare l'accesso ai servizi di prevenzione, diagnosi, trattamento e follow-up, ridurre le barriere geografiche e sociali all'accesso alle cure e promuovere una maggiore partecipazione delle comunità alla tutela della salute. I progetti condividono inoltre una componente di **rafforzamento delle capacità del personale sanitario e delle istituzioni pubbliche**, attraverso attività di formazione, assistenza tecnica, sviluppo di strumenti innovativi e sostegno ai programmi nazionali. Particolare rilevanza assume la **promozione della ricerca operativa**, il miglioramento dei sistemi

[56] *Brigadas móveis* (unità mobili sanitarie): équipe sanitarie itineranti composte da personale sanitario (spesso medico, infermieristico e di supporto) che si spostano periodicamente nelle comunità remote o difficilmente accessibili per fornire servizi di prevenzione, diagnosi, trattamento, follow-up e attività di educazione sanitaria, contribuendo a ridurre le barriere geografiche nell'accesso ai servizi di salute.

informativi sanitari e la produzione di evidenze scientifiche finalizzate a supportare la pianificazione e il processo decisionale a livello locale e nazionale. Nel loro insieme, le cinque iniziative hanno interessato gruppi di popolazione con bisogni e condizioni di vulnerabilità differenti, tra cui persone con HIV e TB, donne, incluse donne in gravidanza e madri, adolescenti e giovani, popolazioni rurali e residenti in aree remote e persone affette da DNT. Gli interventi hanno inoltre coinvolto personale sanitario, attori comunitari e istituzioni del sistema sanitario ai diversi livelli. La composizione dei gruppi destinatari varia tra le iniziative e riflette le specifiche priorità sanitarie e territoriali affrontate.

La Tabella 2 sintetizza le principali caratteristiche dei cinque progetti. Le Schede Progetto complete sono disponibili come documentazione a corredo del Rapporto.

Tabella 2. Quadro Sintesi dei Progetti

Progetto, stato di realizzazione, tipologia	Obiettivi	Aree di intervento	Attività	Beneficiari diretti	Approccio strategico
Prevenzione e Controllo delle Malattie Non Trasmissibili (AID 11375 - 01/01/2019 – 31/12/2022, concluso) *Affidato OSC*	• **Generale**: Contribuire alla riduzione della morbi-mortalità in Mozambico per le principali malattie non trasmissibili (DNT) • **Specifico**: Rafforzare la capacità di risposta del Sistema Sanitario Nazionale e del Ministero della Sanità alla crescente incidenza delle malattie non trasmissibili, con focus su diabete, ipertensione e cancro della cervice uterina	Province di Maputo, Sofala e Zambézia	• Attività di diagnosi, trattamento e follow-up di diabete e ipertensione • Attività di diagnosi e trattamento del cancro alla cervice • Attività di sensibilizzazione della popolazione sui fattori di rischio e la prevenzione delle DNT e del cancro alla cervice • Attività di rafforzamento della sorveglianza epidemiologica delle DNT	Personale sanitario (personale medico, infermieristico, tecnico di laboratorio e farmacia, personale M&E, docente Istituzioni di Formazione), agenti comunitari, pazienti con diabete/ipertensione, donne sottoposte a screening VIA/CACUM	Approccio strutturale e sistemico orientato al rafforzamento delle risorse umane, organizzazione dei servizi, cure primarie, diagnosi precoce e sistemi informativi sanitari
TILL THE END. Strategie comunitarie di contrasto alla tubercolosi e all'HIV nella provincia di Inhambane (AID 11587/04/1 - 1/06/2019 - 31/08/2021, concluso) *Fondo Globale 5%*	• **Generale**: Contribuire agli interventi nazionali e internazionali di lotta contro la tubercolosi e l'HIV nella Provincia di Inhambane • **Specifico**: Migliorare l'accesso a servizi di qualità nella prevenzione e diagnosi della tubercolosi e dell'HIV per la popolazione più vulnerabile delle comunità remote dei distretti, garantendo il trattamento della tubercolosi a livello comunitario	Provincia di Inhambane (distretti di Massinga, Funhalouro, Morrumbene, Homoine)	• Attività di prevenzione e diagnosi di TB/HIV nelle comunità rurali • Attività per il trattamento della tubercolosi e la supervisione dell'aderenza al trattamento • Attività di sviluppo delle competenze delle figure sanitarie e coordinamento • Svolgimento di analisi epidemiologiche e diffusione dei risultati	Donne, bambini e bambine delle comunità rurali di intervento, popolazione generale che accede ai servizi sanitari di base, popolazione coinvolta nelle attività di prevenzione e diagnosi TB e HIV, personale sanitario coinvolto nel rafforzamento delle competenze e nel coordinamento, attori istituzionali e della conoscenza coinvolti nelle attività di coordinamento, ricerca e diffusione	Approccio integrato e decentrato, pensato per superare le barriere geografiche e strutturali che limitano l'accesso ai servizi sanitari nelle aree rurali
Espaço Aberto. Rafforzamento dei servizi sanitari per adolescenti e giovani donne con HIV in Mozambico (AID 11817/04/06 - 01/03/2020 - 30/09/2022, concluso) *Fondo Globale 5%*	• **Generale**: Ridurre il rischio e l'impatto dell'HIV/AIDS su giovani donne e adolescenti in 4 province • **Specifico**: Promuovere servizi sanitari di qualità ed efficacia; rafforzare le risorse umane attraverso sensibilizzazione e formazione del personale dei centri di salute; migliorare la compliance del trattamento nei pazienti in cura; effettuare ricerca operativa per acquisire dati socio-demografici, dati sulla retention e aderenza	Province di Sofala, Maputo, Maputo città, Zambezia (distretti di Matola, Machava, Maputo centro,	• Attività di rafforzamento del servizio sanitario per adolescenti con HIV • Attività di rafforzamento del servizio sanitario per giovani donne con HIV • Attività per l'accrescimento della conoscenza della popolazione sull'HIV in persone adolescenti e giovani donne	Persone adolescenti e donne con HIV, *health workers, health educators (youth leaders),* persone coinvolte in attività di sensibilizzazione, persone sottoposte a test HIV (in maggioranza persone adolescenti e giovani donne)	Modello integrato di presa in carico *youth-friendly* per adolescenti e giovani donne (10–24 anni) con HIV, rafforzando l'accesso ai servizi, la qualità delle cure e l'aderenza al trattamento

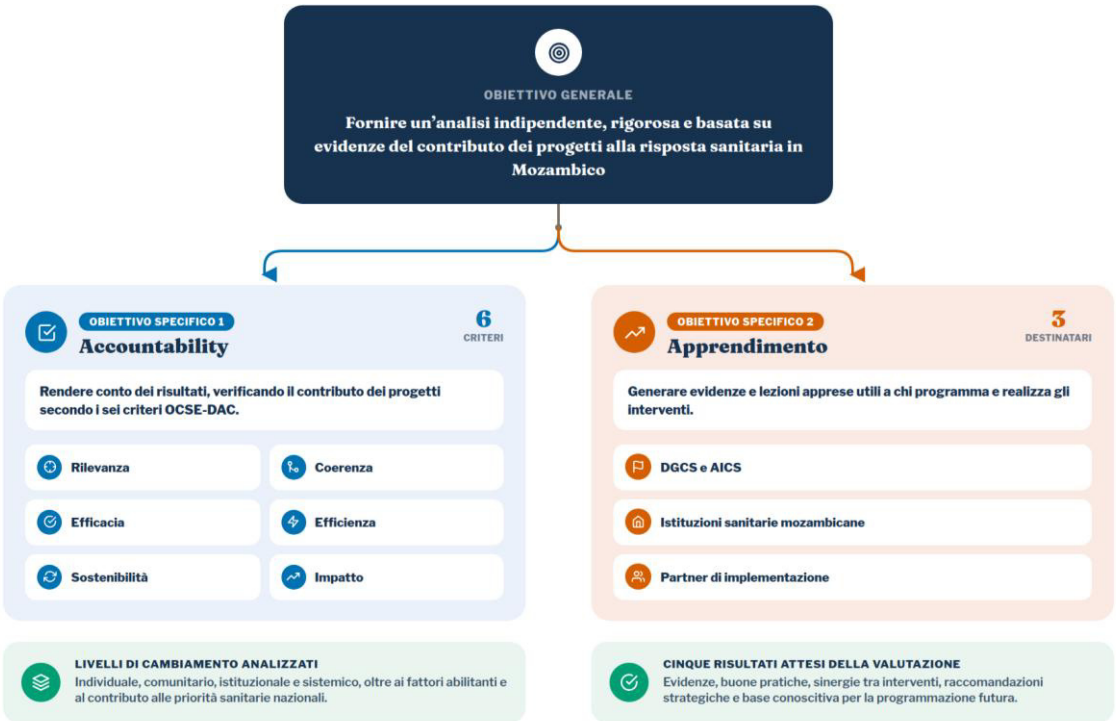
Progetto, stato di realizzazione, tipologia	Obiettivi	Aree di intervento	Attività	Beneficiari diretti	Approccio strategico
	alla terapia antiretrovirale, dati di adesione ai servizi proposti delle giovani donne e adolescenti coinvolti nei centri	Zimpeto, Beira, Manga Chingussura, Quelimane)			
PRoTeggiMI: PRevenzione della Trasmissione Materno-Infantile e trattamento di HIV e TB per le comunità remote (AID 012168/01/9 - 01/09/2021 – 31/08/2023, concluso) *Fondo Globale 5%*	• **Generale**: Contribuire all'efficacia dei programmi nazionali di contrasto alla diffusione dell'HIV • **Specifico**: Incrementare l'accesso a servizi di qualità per la prevenzione della trasmissione verticale (PTV) dell'HIV e il trattamento di HIV e TB nelle comunità remote della Provincia di Inhambane	Provincia di Inhambane (distretti di Massinga, Funhalouro, Morrumbene, Homoine)	• Fornitura di servizi di salute primaria per le comunità rurali • Attività di prevenzione della trasmissione verticale di HIV • Fornitura di servizi per pazienti sieropositivi a livello comunitario	Popolazione delle comunità rurali target (bambini e bambine, adolescenti, persone adulte - in prevalenza donne), attivisti/e comunitari/e HIV, operatrici sanitarie locali (infermiere di Salute Materno-Infantile)	Approccio decentrato e comunitario per migliorare l'accesso ai servizi di salute primaria e al continuum di prevenzione, diagnosi e trattamento di HIV e tubercolosi nelle aree rurali
Conoscere per curare: mitigare l'impatto del COVID-19 su adolescenti e giovani HIV+ attraverso la ricerca e il miglioramento dei servizi Sanitari (AID 12168/02/0 - 1/11/2021 - 31/01/2024, concluso) *Fondo Globale 5%*	• **Generale**: Supportare le autorità sanitarie mozambicane nel raggiungimento dell'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile 3.3 e dell'Obiettivo Strategico 1 del Global Fund (Maximise impact against HIV, TB and malaria) nel contesto della pandemia di COVID 19 • **Specifico**: Incrementare l'accesso e migliorare la qualità a servizi di prevenzione, diagnosi precoce, trattamento e follow-up per adolescenti e giovani HIV+ presso i centri di salute (SAAJ) del distretto urbano di Beira attraverso un'accresciuta conoscenza dell'impatto della pandemia di COVID 19	Provincia di Sofala (distretto di Beira)	• Raccolta, analisi e diffusione dei dati su prevalenza SARS-CoV-2 e fattori di rischio in adolescenti/giovani HIV+ • Raccolta e analisi dati su salute mentale e continuità di accesso/trattamento per HIV durante la pandemia di SARS-CoV-2 • Attività di sviluppo delle competenze del personale sanitario, delle persone impegnate nell'attivismo, attivisti e delle persone adolescenti	Persone adolescenti e giovani sottoposte a test sierologici per SARS-CoV-2, personale sanitario e persone impegnate nell'attivismo comunitario, *stakeholder* partecipanti a eventi di divulgazione, persone sensibilizzate, pazienti che ricevono assistenza psicologica	Approccio integrato di raccolta, analisi e utilizzo sistematico di dati quantitativi e qualitativi per rafforzare la risposta ai bisogni sanitari delle persone adolescenti e giovani HIV+ nel contesto della pandemia di COVID-19

3.2 Obiettivi generali e specifici della valutazione

L'obiettivo generale della valutazione è fornire alla DGCS, all'AICS, ai partner di implementazione e agli altri *stakeholder* coinvolti un'analisi indipendente, rigorosa e basata su evidenze del contributo dei progetti oggetto di valutazione al rafforzamento della risposta sanitaria in Mozambico. In linea con quanto previsto dai TdR, la valutazione persegue un duplice obiettivo specifico di *accountability* e apprendimento. Da un lato, ha l'obiettivo specifico di verificare la rilevanza, la coerenza, l'efficacia, l'efficienza, la sostenibilità e l'impatto degli interventi finanziati dalla Cooperazione Italiana, contribuendo alla trasparenza, all'*accountability* e alla rendicontazione dell'utilizzo delle risorse pubbliche. Dall'altro, produce evidenze, lezioni apprese, e raccomandazioni operative utili ai diversi *stakeholders* coinvolti. In particolare, la DGCS e l'AICS potranno utilizzare i risultati della valutazione per orientare la programmazione futura e migliorare il disegno di iniziative analoghe nel settore della salute; le istituzioni sanitarie mozambicane potranno valorizzarne le evidenze per rafforzare processi di pianificazione, coordinamento e implementazione degli interventi; i partner di implementazione e gli altri attori coinvolti potranno utilizzare le lezioni apprese per migliorare approcci, strumenti e modalità operative.

La presente valutazione analizza i cambiamenti generati dagli interventi a livello individuale, comunitario, istituzionale e sistemico, nonché i fattori che hanno favorito o limitato il raggiungimento dei risultati osservati. Viene inoltre esaminato il contributo complessivo dei progetti alle priorità sanitarie nazionali. I principali **risultati attesi** della valutazione comprendono: **i)** La produzione di evidenze credibili e utilizzabili sui risultati e sugli effetti dei progetti; **ii)** L'identificazione di buone pratiche, approcci innovativi e fattori di successo potenzialmente replicabili; **iii)** L'analisi delle sinergie e complementarità tra gli interventi; **iv)** La formulazione di raccomandazioni strategiche e operative rivolte alla DGCS, ad AICS e ai partner di implementazione; e **v)** Il rafforzamento della base conoscitiva sul sistema sanitario locale utile alla programmazione futura della Cooperazione Italiana nel settore della salute in Mozambico.

Figura 7: Obiettivi Generali e Specifici della valutazione



4 Quadro teorico e metodologico

Questa sezione descrive i criteri di valutazione adottati per la presente valutazione, la metodologia utilizzata e la sua applicazione, e le fonti informative consultate.

4.1 Criteri di valutazione

La valutazione è strutturata attorno ai **sei criteri definiti dall'OCSE-DAC**, con priorità a impatto, sostenibilità ed efficacia, e secondariamente coerenza, efficienza e rilevanza, in accordo con i TdR. Tali criteri costituiscono il principale quadro analitico di riferimento per l'esame dei progetti e hanno guidato la formulazione dei quesiti valutativi, la raccolta delle evidenze e l'interpretazione dei risultati. L'analisi dei criteri è stata adattata alle caratteristiche specifiche dei progetti e integrata da una lettura trasversale delle tematiche relative ai diritti umani, all'uguaglianza di genere, all'equità nell'accesso ai servizi sanitari e al principio del *Leave No One Behind*. Particolare attenzione è stata inoltre dedicata all'identificazione dei fattori contestuali, istituzionali e operativi che hanno influenzato il raggiungimento dei risultati e la sostenibilità dei cambiamenti osservati.

I quesiti valutativi sono dettagliati nella Matrice di Valutazione (Allegato 2 al Rapporto), dove sono stati associati a specifici criteri di giudizio, indicatori, fonti informative e strumenti di raccolta dati.

4.2 Fasi della Valutazione

La valutazione si è sviluppata attraverso le seguenti fasi principali.

- **Desk Analysis e rapporto d'avvio.** La valutazione è stata avviata con una fase approfondita di desk analysis volta a esaminare in modo sistematico tutta la documentazione disponibile relativa alle iniziative (documenti progettuali, quadri logici, report di monitoraggio e valutazione, dati secondari). Una riunione d'avvio presso la DGCS ha permesso l'allineamento con i principali attori istituzionali e, sulla base di questi elementi, il team ha redatto il Rapporto d'Avvio, documento di riferimento per l'intero processo.
- **Visita sul campo.** La missione in Mozambico si è svolta dal 20 luglio all'7 agosto 2026. Il team ha condotto interviste con stakeholder istituzionali, partner di implementazione e beneficiari, ha visitato le aree di intervento e le strutture sanitarie e ha raccolto dati qualitativi e evidenze, condividendo infine con gli stakeholder una prima sintesi delle evidenze ai fini di una validazione preliminare.
- **Analisi dei dati e redazione della bozza del rapporto.** Le evidenze sono state sottoposte a un'analisi integrata e a triangolazione, sulla cui base è stata elaborata la bozza del Rapporto di Valutazione.
- **Commenti, feedback e seminario presso la DGCS.** La bozza è stata trasmessa dalla DGCS agli stakeholder interessati. Il team ha esaminato le osservazioni pervenute, fornendo, ove opportuno, chiarimenti nel rispetto dell'indipendenza del giudizio valutativo, e ha presentato i risultati preliminari nel seminario presso la DGCS, raccogliendo ulteriori contributi utili alla finalizzazione del rapporto.
- **Rapporto finale e seminario in loco.** Il rapporto finale, redatto tenendo conto delle osservazioni ricevute, è stato presentato agli stakeholder locali nel seminario in loco, organizzato in coordinamento con la DGCS e con il supporto dell'Ambasciata e di AICS.

4.3 Metodologia utilizzata e sua applicazione

In coerenza con la natura della valutazione e con la disponibilità delle evidenze esistenti, l'analisi non persegue una **misurazione controfattuale dell'impatto**. Adottando un approccio integrato, essa si concentra sulla ricostruzione e verifica della logica di intervento e della teoria del cambiamento sottesa ai progetti (*Results Based Approach)*, esaminando la plausibilità del contributo degli interventi ai cambiamenti osservati. Attraverso l'analisi delle relazioni tra attività, risultati, outcome e impatti attesi, la valutazione cerca di comprendere in che misura e attraverso

quali meccanismi i progetti abbiano contribuito ai risultati rilevati (*Contribution Analysis)*, tenendo conto del contesto operativo, dei fattori esterni e delle eventuali influenze concorrenti. Il Results Based Approach (RBA) consente di ricostruire e verificare in modo sistematico il grado di raggiungimento dei risultati attesi a partire dalla logica dell'intervento (input, attività, output, outcome e impatti attesi), e di valutare criticamente la qualità, completezza e coerenza dei dati. L'RBA è in grado di stabilire se e in quale misura i risultati attesi siano stati conseguiti, ma non di spiegare perché ciò sia avvenuto, né di determinare in che misura i cambiamenti osservati siano attribuibili agli interventi. Per questa ragione viene inquadrato in una prospettiva *theory-based* e contributiva, che assume la teoria del cambiamento come riferimento per la verifica della plausibilità dei nessi causali e ricorre alla *contribution analysis* per ponderare il ruolo di fattori esterni e spiegazioni alternative e per far emergere effetti inattesi, positivi o negativi.

Le **tematiche trasversali**, tra cui diritti umani, genere e ambiente, sono considerate in modo sistematico lungo tutto il processo valutativo. La valutazione, utilizzando uno **Human Rights Based Approach** (HRBA), esamina in che misura un approccio basato sui diritti umani e sull'uguaglianza di genere sia stato incorporato nel disegno e nell'implementazione degli interventi, e in che misura le dimensioni e gli obiettivi dell'uguaglianza di genere e dell'equità siano stati effettivamente perseguiti. La dimensione ambientale è considerata secondo due prospettive complementari. In primo luogo, in relazione al nesso tra fattori climatici e salute: la valutazione esamina in che misura eventi climatici estremi (quali cicloni e inondazioni) abbiano inciso sull'accesso ai servizi e sulla resilienza del sistema sanitario nei territori di intervento, e in secondo luogo in che misura gli interventi ne abbiano tenuto conto nel proprio disegno. Questi approcci sono integrati trasversalmente nell'analisi, nei quesiti valutativi e nella lettura della teoria del cambiamento, così da esaminare anche le cause strutturali delle disuguaglianze e non solamente i loro effetti osservabili, con particolare riferimento all'accesso ai servizi, all'equità e alle dinamiche di inclusione/esclusione. L'analisi adotta inoltre una **prospettiva intersezionale**, volta a cogliere il sovrapporsi di fattori di vulnerabilità e discriminazione, tra cui genere, età e collocazione geografica, che generano forme cumulative di esclusione. Dove possibile, si fa ricorso a **dati disaggregati per genere, età e collocazione geografica**; la valutazione ha cercato inoltre di essere incentrata sull'equità, garantendo attraverso processi partecipativi il reale coinvolgimento dei gruppi più vulnerabili.

La valutazione adotta un **approccio metodologico misto** (*mixed-methods*), combinando **strumenti qualitativi e quantitativi** al fine di garantire un'analisi rigorosa e basata sull'integrazione di diverse fonti di evidenza, con l'obiettivo di ottenere una comprensione approfondita sia dei risultati raggiunti sia dei processi che hanno contribuito a generarli.

La **componente quantitativa** è basata sull'analisi dei dati secondari disponibili, inclusi i documenti di progetto (quadri logici dei progetti, dati dei sistemi di monitoraggio e reporting, rapporti narrativi e finali, basi dati progettuali) e le evidenze statistiche prodotte dai partner di implementazione e dalle istituzioni sanitarie mozambicane. La **componente qualitativa** (interviste a informanti chiave e focus groups) permette invece di approfondire le percezioni degli stakeholder, la qualità dei processi di implementazione, i meccanismi che hanno favorito o ostacolato il raggiungimento dei risultati, il grado di appropriazione da parte delle istituzioni e le prospettive di sostenibilità degli interventi.

La **Teoria del Cambiamento** preliminare ricostruita nel Rapporto di Avvio è stata verificata e affinata attraverso la triangolazione delle evidenze documentali, quantitative e qualitative raccolte nel corso della valutazione. Come previsto nell'impostazione metodologica, la verifica non è stata finalizzata a dimostrare un'attribuzione causale dei cambiamenti alle singole iniziative, ma a esaminare la plausibilità dei nessi tra attività, risultati, outcome e impatti attesi, considerando le condizioni di contesto, i fattori facilitanti e ostacolanti e le influenze concorrenti, coerentemente con la prospettiva *theory-based* e di *Contribution Analysis* adottata dalla valutazione.

Le evidenze quantitative sono utilizzate per identificare tendenze, risultati e variazioni osservabili, mentre le evidenze qualitative contribuiscono a interpretare tali risultati, verificare le ipotesi formulate nella teoria del cambiamento e individuare fattori contestuali, effetti inattesi e possibili spiegazioni alternative. Le informazioni raccolte (cf. Sezione 4.4) sono state **sistematicamente organizzate e analizzate** in funzione delle domande valutative, dei criteri OCSE-DAC e della teoria del cambiamento ricostruita. Le evidenze qualitative sono state sottoposte a un processo di codificazione tematica che combina categorie deduttive, derivate dalla matrice di valutazione, dai criteri OCSE-DAC e dalla teoria del cambiamento, con categorie induttive emergenti dall'analisi dei dati raccolti sul campo. Tale processo consente di identificare ricorrenze, convergenze, divergenze e risultati inattesi tra le diverse categorie di stakeholder e tra i differenti contesti territoriali. L'analisi quantitativa si basa sui dati di monitoraggio disponibili, sugli indicatori dei quadri logici, sui dati dei sistemi informativi sanitari e sulle altre evidenze statistiche accessibili. Pur non perseguendo una misurazione controfattuale dell'impatto, tali dati consentono di verificare il raggiungimento dei risultati attesi, l'estensione della copertura degli interventi e le principali tendenze osservabili nel periodo di implementazione.

Per garantire la validità delle informazioni raccolte, si utilizza la triangolazione delle evidenze:

- **Triangolazione metodologica:** prevede l'impiego combinato di diversi metodi di raccolta dati per esaminare i quesiti valutativi da angolazioni differenti.
- **Triangolazione delle fonti di informazione:** vengono consultate informazioni provenienti da diverse fonti, sia primarie che secondarie, inclusa la più ampia possibile gamma di stakeholder, per raccogliere molteplici punti di vista sull'intervento provenienti da contesti territoriali diversi.
- **Triangolazione dei valutatori:** prevede che i valutatori confrontino e discutano i dati raccolti individualmente e congiuntamente. In caso di incongruenze, si effettuano verifiche e, ove necessario, nuove consultazioni.

4.4 Fonti informative

I **metodi di raccolta dei dati** utilizzati nella presente valutazione sono elencati di seguito, gli strumenti di raccolta dati sono disponibili come documentazione a corredo del Rapporto.

- **Analisi documentale (*desk review*).** Si sono analizzati documenti di progetto (es. Documento Unico di Progetto (DUP), Quadro Logico (QL) rapporti interim e finali) e le fonti secondarie di contesto (es. Programmi Nazionali, settoriali, studi e relazioni statistiche) in modo da: i) avere una conoscenza precisa degli interventi e del contesto in cui sono stati sviluppati, comprese le fonti e le condizioni di accesso alle informazioni, e identificare gli informatori chiave; ii) definire i quesiti valutativi e relativi indicatori; iii) affinare gli strumenti metodologici e la loro fattibilità per la raccolta e l'elaborazione dei dati. La desk review ha analizzato un totale di 300 documenti. Per un elenco della documentazione di progetto consultata si rimanda all'Allegato 3 del Rapporto.
- **Interviste semi-strutturate.** Le interviste avevano l'obiettivo di raccogliere le opinioni dei vari attori coinvolti negli interventi per esaminare le azioni sviluppate da ciascuno, e per chiarire possibili contraddizioni. Le parti interessate sono state gli attori istituzionali, tra i quali AICS Roma e AICS Maputo, MISAU e i Programmi Nazionali rilevanti, DPS e autorità sanitarie distrettuali, le OSC capofila di ciascun intervento e i loro partner, nonché gli operatori sanitari. Per la realizzazione delle interviste è stata predisposta una specifica guida semi-strutturata, elaborata sulla base della Matrice di Valutazione e delle relative domande valutative e successivamente adattata alle diverse categorie di stakeholder coinvolti e target. Le guide per le interviste sono state testate e finalizzate all'avvio del lavoro sul campo; la versione aggiornata è disponibile nella documentazione a corredo del Rapporto.

- **Discussioni di gruppo (*focus group*).** L'utilizzo della tecnica del *focus group* ha permesso di raccogliere una visione collettiva ma differenziata dei diversi gruppi di beneficiari rispetto alla rilevanza, efficacia, impatto e sostenibilità dell'iniziativa e, specificamente, dei servizi sanitari offerti nell'ambito degli interventi. Pertanto, i *focus group* hanno coinvolto, a seconda del contesto e delle caratteristiche degli interventi, adolescenti e giovani, donne beneficiarie dei servizi di salute sessuale e riproduttiva, persone che vivono con HIV, utenti dei servizi PMTCT e TB/HIV, beneficiari dei servizi per le malattie non trasmissibili, membri delle comunità e caregiver. Per la conduzione dei focus group è stata predisposta una specifica guida adattata per ciascuna tipologia di beneficiari, anch'essa elaborata a partire dalla matrice di valutazione e finalizzata a stimolare il confronto tra i partecipanti sui principali temi oggetto della valutazione. Le guide utilizzate per i focus group sono disponibili nella documentazione a corredo del Rapporto, insieme a quelle per le interviste.
- **Osservazione diretta durante le visite sul campo.** Le osservazioni dirette nei centri di salute hanno integrato le consultazioni con gli stakeholder e le evidenze documentali, permettendo di acquisire una conoscenza diretta delle infrastrutture fisiche, della disponibilità e funzionalità delle attrezzature, delle interazioni tra i diversi attori e, più in generale, dell'attuazione degli interventi. L'osservazione diretta ha consentito inoltre di valutare il grado di attenzione alla dimensione di genere (*gender-sensitiveness*) delle infrastrutture sanitarie.

Per la raccolta di dati da fonti primarie, l'approccio valutativo è stato orientato alla **partecipazione attiva degli stakeholder**. La valutazione ha adottato una strategia di campionamento mirato. La raccolta dei dati sul campo si è concentrata sulle **province di Maputo, Sofala e Inhambane**, selezionate sulla base di quattro criteri : (i) la loro rilevanza rispetto agli obiettivi di valutazione e alle aree tematiche coperte dai progetti; (ii) la presenza di interventi multipli e di gruppi di beneficiari eterogenei; (iii) l'opportunità di osservare diversi modelli di attuazione in contesti urbani, periurbani e rurali; e (iv) la disponibilità di attori chiave a livello istituzionale, operativo e comunitario. Ove possibile, il campione include sia siti in cui gli interventi sono considerati particolarmente riusciti sia siti in cui gli interventi hanno incontrato difficoltà di attuazione, al fine di comprendere meglio sia i fattori favorevoli che quelli limitanti. I dati relativi alla Zambézia sono stati raccolti attraverso l'analisi documentale, i dati di monitoraggio dei progetti e le interviste con gli attori a livello nazionale e i partner attuatori.

Le attività di raccolta dati hanno coinvolto un'ampia gamma di parti interessate. Si è garantita una **partecipazione equa, inclusiva e significativa dei diversi gruppi di beneficiari.** Le **interviste** e i **focus group**, ove opportuno, sono state realizzate in gruppi omogenei per genere, età o profilo dei beneficiari, al fine di favorire un clima di fiducia e la libera espressione delle opinioni, nonché l'eventuale emersione di barriere di genere ed effetti differenziati. Il team di valutazione ha adottato **tecniche di facilitazione inclusive e culturalmente appropriate**, garantendo che tutti i partecipanti avessero uguali opportunità di contribuire alle discussioni senza timore di discriminazioni, stigmatizzazione o conseguenze negative derivanti dalla partecipazione. Tutte le attività di consultazione sono state condotte nel rispetto dei principi di consenso informato, riservatezza e protezione dei dati personali.

La tabella seguente offre una panoramica delle persone consultate.

Tabella 3. Panoramica delle persone consultate e delle osservazioni dirette

Categoria	N. consultazioni	N. stakeholder consultati	F	M	n.d.	AID 11375	AID 11587/04/1	AID 11817/04/06	AID 012168/01/9	AID 12168/02/0
Interviste semi-strutturate (KII)										
Beneficiari/e	9	9	6	2	1	5			4	1

Categoria	N. consultazioni	N. stakeholder consultati	F	M	n.d.	AID 11375	AID 11587/04/1	AID 11817/04/06	AID 012168/01/9	AID 12168/02/0
Istituzioni pubbliche / Governo	8	10	5	2	3	7		5		2
Partner implementatori / OSC	6	6	1	4	1	2		4		1
Università / partner scientifici	2	7	6	1			2			5
Cooperazione italiana	1	1	1	0		tutti	tutti	tutti	tutti	tutti
Leader comunitari	1	1	0	1					1	
Totale KII	**27**	**34**	**19**	**10**	**5**	**14**	**2**	**9**	**5**	**9**
Focus group (FGD)										
Beneficiari/e (pazienti)	6	24	14	10		10			14	
Giovani	6	77	45	32				75		2
Attivisti e mentori	8	18	14	4		6		6	4	2
Tecnici sanitari / infermieri / psicologi	9	24	14	10		4	7		7	6
Istituzioni pubbliche / Governo	5	24	12	12		3	15		6	
Partner implementatori / OSC	7	22	13	8	1	6	5	11		
Università / partner scientifici	1	2	0	2						2
Cooperazione italiana	1	2	2	0		tutti	tutti	tutti	tutti	tutti
Totale FGD	**43**	**193**	**114**	**78**	**1**	**29**	**27**	**92**	**31**	**12**
Osservazioni dirette										
Siti, locali e servizi osservati	19	n.a.	n.a.	n.a.		5	1	5	5	3

4.5 Limitazioni

La valutazione presenta alcune limitazioni che devono essere considerate nell'interpretazione dei risultati.

Una prima limitazione riguarda la **disponibilità e la comparabilità dei dati quantitativi**. I sistemi di monitoraggio e gli indicatori utilizzati dalle cinque iniziative presentano livelli differenti di completezza, periodicità e disaggregazione e non sempre consentono di ricostruire valori di baseline, progressi intermedi e risultati finali direttamente comparabili. In particolare, la disponibilità non sistematica di dati disaggregati per sesso, età, area geografica e altri fattori di vulnerabilità limita la possibilità di analizzare in maniera uniforme i cambiamenti per i diversi gruppi destinatari e di sviluppare un'analisi intersezionale per tutte le iniziative. La disponibilità di dati aggiornati dopo la conclusione dei progetti è inoltre limitata, rendendo possibile verificare soprattutto la permanenza di pratiche, capacità e meccanismi, ma non sempre quantificare la persistenza degli *outcome* raggiunti durante l'implementazione.

Una seconda limitazione riguarda la **copertura e la rappresentatività della raccolta primaria**. Il campionamento delle persone e dei siti consultati è stato intenzionale e finalizzato a rappresentare differenti iniziative, territori, categorie di stakeholder e gruppi beneficiari; le evidenze qualitative non sono pertanto statisticamente rappresentative dell'insieme delle popolazioni raggiunte. La missione sul campo ha interessato Maputo, Sofala e Inhambane, mentre per la Zambézia l'analisi si è basata sulla documentazione disponibile, sui dati di monitoraggio e sulle consultazioni con gli attori pertinenti. Inoltre, il coinvolgimento dei partner e delle strutture sanitarie nell'identificazione e nella mobilitazione di parte degli interlocutori può avere favorito la partecipazione di persone ancora collegate ai servizi e alle iniziative, rendendo più difficile raggiungere persone meno coinvolte, non più in trattamento o con esperienze meno positive.

La **natura ex-post della valutazione** introduce un'ulteriore limitazione nell'analisi dei progetti. Nei territori interessati, alcuni interventi si sono succeduti nel tempo e gli stessi partner hanno mantenuto una presenza continuativa, mentre politiche pubbliche, altri programmi e fattori di contesto hanno concorso ai cambiamenti osservati. Non è pertanto possibile isolare causalmente gli effetti delle singole iniziative. La valutazione analizza invece il contributo plausibile degli interventi ai cambiamenti osservati, distinguendo, per quanto consentito dalle evidenze, i risultati direttamente associati a servizi, strumenti e pratiche specifiche dagli effetti istituzionali e sistemici di natura maggiormente cumulativa.

Queste limitazioni sono state mitigate attraverso la **triangolazione sistematica delle fonti** e dei **metodi**, confrontando documentazione progettuale e dati quantitativi con interviste, discussioni di gruppo e osservazione diretta e verificando convergenze e divergenze tra differenti categorie di interlocutori e territori. Nei casi in cui la base informativa non consente conclusioni robuste o comparazioni tra gruppi, tali limiti sono esplicitati nell'analisi e il giudizio valutativo è formulato con il livello di cautela corrispondente.

5 Presentazione dei risultati

5.1 Impatto

I progetti valutati hanno contribuito a cambiamenti significativi e ancora osservabili, soprattutto a livello individuale-comunitario e istituzionale. I principali riguardano il miglioramento dell'accessibilità e della continuità delle cure, il rafforzamento delle capacità, lo sviluppo di modalità di presa in carico più integrate e adeguate ai diversi gruppi vulnerabili e il consolidamento del collegamento tra comunità e sistema sanitario. A livello sistemico emergono segnali di cambiamento, sostenuti tuttavia da evidenze più limitate. Il contributo delle iniziative risulta più chiaramente documentabile per i cambiamenti direttamente associati a servizi, strumenti e pratiche specifiche, mentre a livello istituzionale e sistemico assume un carattere maggiormente cumulativo e concorrente, anche per la presenza di politiche pubbliche, interventi successivi e contributi di altri attori.

Q1. Quali cambiamenti significativi generati dal progetto permangono dopo la sua conclusione per ciascun gruppo di beneficiari?

Le evidenze indicano la permanenza di cambiamenti importanti, seppur con diversa intensità e grado di consolidamento tra iniziative, territori e gruppi di beneficiari. Emergono alcuni percorsi di cambiamento convergenti: la maggiore prossimità e continuità dei servizi, la permanenza di conoscenze e pratiche di prevenzione e cura nelle comunità, il rafforzamento delle capacità degli attori coinvolti, il consolidamento delle relazioni tra comunità e sistema sanitario e, per specifici gruppi, una presa in carico più integrata dei bisogni sanitari, sociali, socioeconomici e psicosociali.

Impatto a livello individuale e comunitario

A livello individuale e comunitario, i cambiamenti più evidenti riguardano quattro ambiti: 1. accesso e continuità delle cure; 2. conoscenze e pratiche di prevenzione e cura; 3. relazione tra comunità e servizi sanitari; 4. presa in carico sociale, socioeconomica e psicosociale di adolescenti e giovani.

1. Accesso effettivo ai servizi e continuità delle cure.

Le evidenze dimostrano la permanenza di modalità di prossimità e di meccanismi di collegamento con i percorsi di cura che le iniziative hanno contribuito a rafforzare e ampliare. Nelle comunità rurali di Inhambane, le brigate mobili continuano a rappresentare un importante canale di accesso ai servizi per le popolazioni più distanti dalle strutture sanitarie e sono fortemente valorizzate dalle comunità e dagli attori sanitari. Le visite e le interviste realizzate durante la valutazione ne confermano la continuità operativa, sebbene questa rimanga condizionata dalla disponibilità di mezzi, carburante, manutenzione e personale. La permanenza del modello è inoltre confermata dalla sua prosecuzione e dal suo ulteriore consolidamento nell'ambito di interventi successivi.
AID 11587/04/1 – TILL THE END e AID 0
12168/01/9 – PRoTeggiMI hanno contribuito alla progressiva integrazione dei servizi HIV, TB e PMTCT nelle brigate mobili e al rafforzamento del collegamento tra personale sanitario e attori comunitari. La scala raggiunta durante gli interventi è stata significativa: nel 2022 le brigate di PRoTeggiMI coprivano 104 comunità nei quattro distretti di Morrumbene, Funhalouro, Homoine e Massinga, mentre AID 11587/04/1 - TILL THE END aveva ulteriormente decentrato la diagnosi della TB attraverso tre GeneXpert Edge mobili. Le evidenze raccolte mostrano che questo processo non si è interrotto con la conclusione delle iniziative valutate: le brigate mobili e i servizi comunitari continuano a essere utilizzati nelle aree interessate, mantenendo la funzione di avvicinare prestazioni sanitarie alle popolazioni che altrimenti dovrebbero raggiungere le strutture sanitarie.
Anche nell'ambito delle DNT permane la metodologia di prossimità e di collegamento tra comunità e servizi sanitari sviluppata attraverso gli attori comunitari. AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT aveva formato complessivamente 353 persone tra APE, ACS, ATP e attivisti sulle DNT e COVID-19, rafforzandone il ruolo nella sensibilizzazione, nell'orientamento verso le strutture sanitarie e nell'accompagnamento dei pazienti. Nelle comunità visitate, queste attività continuano a

essere realizzate, sebbene con un numero più ridotto di attivisti. In una delle strutture nelle quali è stato possibile ricostruire il percorso degli attivisti formati, risultava ancora attivo il 25% di coloro che avevano completato la formazione. Pur trattandosi di un dato puntuale e non generalizzabile all'intera rete, esso mostra che l'attività comunitaria permane, ma con minori risorse umane disponibili rispetto alla fase progettuale. La continuità dell'approccio trova inoltre riscontro negli interventi successivi sulle DNT, che hanno ripreso e ampliato attività di sensibilizzazione, screening, presa in carico e collegamento con le strutture sanitarie.
Permangono anche i meccanismi di follow-up e accompagnamento dei pazienti, inclusa la ricerca attiva delle persone che interrompono il trattamento. Durante AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT, la continuità terapeutica aveva mostrato un miglioramento, particolarmente evidente a Sofala e Zambézia, dove la quota di pazienti ancora in trattamento era passata rispettivamente dal 35% al 43% e dal 36% al 48%, mentre a Maputo era passata dal 59% al 62%. La progressiva estensione della ricerca attiva aveva contribuito a questo risultato: nell'ultima annualità, su 1.805 pazienti con diabete e/o ipertensione identificati come *lost to follow-up*, 958 erano stati localizzati e 520 reintegrati nelle cure. Le interviste realizzate durante la valutazione indicano che l'accompagnamento dei pazienti continua, attraverso visite, ricerca e supporto alla continuità terapeutica. La riduzione del numero di attori comunitari attivi dopo la conclusione del progetto suggerisce tuttavia una minore capacità di copertura, in particolare rispetto all'identificazione e all'accompagnamento di nuovi pazienti. Non sono disponibili dati aggiornati sulla *retention* o sul numero di pazienti raggiunti che consentano di quantificare tale riduzione o di verificare se i livelli di continuità terapeutica raggiunti durante il progetto siano stati mantenuti **o anche inclusione di nuovi pazienti**.
I dati di progetto evidenziavano inoltre una differenza di genere nella continuità terapeutica: le donne rappresentavano il 71% delle persone diagnosticate, ma la *retention* a 12 mesi era del 35% tra le donne rispetto al 47% tra gli uomini. Anche a questo proposito purtroppo, non sono disponibili dati aggiornati disaggregati per sesso che consentano di verificare se il miglioramento della continuità terapeutica sia successivamente proseguito per entrambi i gruppi o se il divario osservato a fine progetto si sia ridotto, mantenuto o ampliato.

2. Conoscenze e pratiche di prevenzione e cura

Permangono conoscenze e pratiche di cura della salute derivanti soprattutto dalle attività di sensibilizzazione e accompagnamento comunitario. Nelle comunità visitate, la permanenza di questi cambiamenti relativi alle pratiche e alle conoscenze assume forme diverse a seconda dei gruppi e delle problematiche sanitarie affrontate: dall'adozione di abitudini più salutari e dalla maggiore attenzione alla prevenzione, fino a una gestione più consapevole delle patologie croniche e della continuità terapeutica.

Nell'ambito di AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT, realizzato nelle Province di Maputo, Sofala e Zambézia, la sensibilizzazione comunitaria ha costituito una componente rilevante dell'intervento, attraverso il coinvolgimento di attivisti e altri attori comunitari. Nel solo terzo anno erano state raggiunte **324.097 persone**, di cui **309.269 attraverso visite nelle comunità**; le visite ripetute alle famiglie erano utilizzate non soltanto per rafforzare i messaggi, ma anche per verificare l'adozione di pratiche di vita sana e il ricorso allo screening e alle cure. Una valutazione specifica delle attività comunitarie realizzata durante il progetto aveva inoltre rilevato, nelle aree interessate, una maggiore sensibilizzazione rispetto alle DNT e un collegamento tra le attività comunitarie e la domanda di assistenza presso i servizi sanitari.

Le evidenze raccolte indicano che **alcuni di questi cambiamenti sono ancora riscontrabili nelle famiglie e nelle comunità visitate a Maputo**. Nelle famiglie intervistate sono emersi cambiamenti nelle abitudini alimentari che hanno coinvolto anche altri componenti del nucleo familiare, insieme a una maggiore attenzione alla prevenzione e ai controlli sanitari. Gli attivisti incontrati a Moamba e Matola hanno inoltre mostrato di conservare conoscenze relative a ipertensione e diabete, ai

principali fattori di rischio e alle possibili complicanze, nonché all'importanza dello screening e della continuità terapeutica. La permanenza di queste competenze tra gli attori comunitari è rilevante soprattutto perché alcuni di essi continuano a svolgere attività di sensibilizzazione, visita e follow-up, contribuendo quindi alla trasmissione e al rafforzamento di tali pratiche nelle comunità.

Tra gli **adolescenti e i giovani che vivono con HIV**, il cambiamento osservato riguarda soprattutto la consapevolezza della propria condizione e le pratiche connesse alla continuità delle cure. Nell'ambito di **AID 11817/04/06 – Espaço Aberto**, la valutazione ha coinvolto **75 adolescenti e giovani (44 F e 31 M) in cinque focus group** realizzati tra Maputo e Sofala. Le testimonianze raccolte evidenziano l'importanza attribuita alla conoscenza e all'accettazione del proprio stato sierologico, all'aderenza e alla permanenza nel trattamento e alla capacità di affrontare stigma e difficoltà associate all'HIV, anche attraverso il ricorso al sostegno degli operatori e dei pari. Questi cambiamenti sono coerenti con l'approccio dell'intervento, che associava il monitoraggio clinico e la terapia antiretrovirale a percorsi volti ad accrescere la consapevolezza del proprio stato e a ridurre il rischio di abbandono del trattamento.

Per **AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare**, le testimonianze dei giovani incontrati restituiscono soprattutto cambiamenti relativi alla capacità di riconoscere ed esprimere il disagio, alla ricerca di sostegno e alla dimensione della salute mentale e del benessere psicosociale. Poiché la valutazione ha potuto coinvolgere direttamente soltanto **due giovani** collegati a questo intervento, tali evidenze sono indicative ma non consentono di formulare conclusioni più ampie sulla permanenza delle conoscenze e delle pratiche nella popolazione raggiunta.

Parte delle conoscenze e delle pratiche promosse dagli interventi permane, in particolare rispetto ad abitudini salutari, prevenzione, gestione delle DNT e continuità terapeutica per le persone che vivono con HIV. Non sono tuttavia disponibili dati quantitativi aggiornati sulla popolazione beneficiaria che consentano di misurare la diffusione di tali cambiamenti o di stabilire in quale proporzione si siano mantenuti dopo la conclusione delle iniziative. Per gli interventi HIV/TB nelle comunità di Inhambane, inoltre, le evidenze consentono di documentare più chiaramente la permanenza dei meccanismi di accesso e accompagnamento alle cure che un cambiamento autonomamente misurabile delle conoscenze o dei comportamenti; per questo motivo tali risultati sono stati considerati principalmente nell'analisi dell'accesso e della continuità delle cure.

3. Relazione tra comunità e servizi sanitari.

Le evidenze qualitative indicano la permanenza della relazione di fiducia tra comunità e servizi sanitari, costruite anche attraverso la continuità del rapporto con gli attori comunitari. Nell'ambito di AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT, il progetto ha formato complessivamente 353 persone tra APE, ACS, ATP e attivisti sulle DNT e COVID-19, rafforzando il ruolo degli attori comunitari nella sensibilizzazione, nell'orientamento verso i servizi e nel follow-up dei pazienti. Il ruolo degli attivisti e degli altri attori comunitari non si è limitato alla trasmissione di informazioni, ma ha incluso visite alle famiglie, orientamento, dialogo su timori e credenze e accompagnamento verso le strutture sanitarie. Le testimonianze raccolte a Moamba e Matola indicano che questa relazione permane: gli attivisti ancora attivi (circa il 25% di quelli formati e che hanno lavorato nel progetto) sono conosciuti dalle comunità, che continuano a rivolgersi a loro, e hanno sottolineato come la continuità del contatto contribuisca a mantenere la fiducia costruita nel tempo. A Moamba, un'attivista ha associato esplicitamente la continuità del follow-up alla creazione di maggiore fiducia e ha riferito un aumento della fiducia delle persone nei servizi pubblici.

Una dinamica relazionale analoga emerge a Inhambane nell'ambito di AID 11587/04/1 – TILL THE END e AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI, dove il modello di prossimità aveva raggiunto, nel caso di PRoTeggiMI, 104 comunità in quattro distretti. Le comunità consultate hanno espresso una forte valorizzazione delle brigate mobili e degli attori comunitari e del rapporto mantenuto con i servizi sanitari. In questo caso, tuttavia, le evidenze documentano più direttamente il consolidamento della

relazione tra comunità e servizi che un aumento della fiducia in senso stretto. Questa dimensione trova riscontro anche nelle testimonianze degli interlocutori sanitari.

4. Presa in carico sociale, socioeconomica e psicosociale di adolescenti e giovani

Per gli adolescenti e giovani, in particolare quelli che vivono con HIV, i cambiamenti osservati vanno oltre la dimensione clinica e riguardano anche la capacità di affrontare la propria condizione, lo stigma e le difficoltà sociali e le relazioni ad essa associate. Questo risultato emerge soprattutto da AID 11817/04/06 – Espaço Aberto e da AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare, che hanno integrato nella presa in carico componenti di supporto psicosociale e modalità specifiche rivolte ad adolescenti e giovani.

Nell'ambito di AID 11817/04/06 – Espaço Aberto questa presa in carico si è tradotta nella combinazione tra assistenza clinica, counselling individuale, gruppi di supporto, presenza di mentor e attività tra pari. Il progetto aveva attivato gruppi di supporto nei sette centri coinvolti e formato 58 giovani come *health educators*, affiancando queste figure al personale sanitario e agli *expert clients*. Le evidenze indicano che questo approccio ha offerto ad adolescenti e giovani spazi e figure di riferimento con cui affrontare l'accettazione del proprio stato sierologico, lo stigma e le difficoltà personali e relazionali associate all'HIV. Sono inoltre emersi percorsi di responsabilizzazione dei giovani all'interno dei servizi: tra i quattro giovani intervistati passati da beneficiari a funzioni di sostegno verso altri adolescenti, tre erano donne e uno uomo. Il percorso trova riscontro nella formazione di 10 *health educators* come VCT provider (6 donne e 4 uomini).

Per le ragazze e le giovani donne HIV+ la presa in carico ha incluso anche una componente di autonomia socioeconomica, in risposta a vulnerabilità e barriere di genere che potevano condizionarne l'accesso ai servizi e la continuità delle cure. Il progetto rilevava, tra l'altro, limitazioni poste dai coniugi alla possibilità di alcune giovani donne di recarsi ai centri sanitari. Complessivamente 93 ragazze HIV+ hanno beneficiato di corsi professionalizzanti e 125 hanno completato corsi di sartoria; 79 avevano continuato a utilizzare i laboratori anche dopo la conclusione dei corsi. Le testimonianze raccolte durante la valutazione indicano che le opportunità formative e gli incontri continuano e che alcune partecipanti hanno avviato piccole attività generatrici di reddito, associando questa esperienza anche a una rinnovata motivazione personale. Non è stato tuttavia possibile verificare direttamente tali esperienze né quantificare il numero di giovani donne che continuano a partecipare o che hanno sviluppato un'attività economica.

Anche a livello individuale e comunitario, la permanenza dei cambiamenti non è uniforme. Le conoscenze e le pratiche acquisite e le relazioni consolidate con i servizi mostrano una maggiore capacità di permanere, mentre la continuità dei meccanismi che le sostengono — in particolare accompagnamento comunitario, follow-up e servizi di prossimità — risente maggiormente della riduzione del personale e della disponibilità di mezzi e altre risorse operative.

Impatto a livello istituzionale

A livello istituzionale, le evidenze indicano cambiamenti soprattutto in tre ambiti: 1. il rafforzamento delle capacità tecniche e operative del personale sanitario, degli attivisti e degli altri attori coinvolti; 2. il consolidamento di modalità di collaborazione tra servizi sanitari, attori comunitari e partner; 3. una maggiore capacità di produrre e utilizzare dati ed evidenze. La permanenza del cambiamento è più evidente quando competenze, strumenti e modalità operative sono stati integrati nelle pratiche dei servizi, mentre risulta più fragile per le attività maggiormente dipendenti da risorse esterne.

1. Rafforzamento delle capacità tecniche e operative.

Si tratta di un risultato trasversale alle iniziative, sebbene con contenuti differenti: DNT e CACUM (*Cancro do Colo do Útero e da Mama***)** per AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT; HIV, TB e PMTCT per AID 11587/04/1 – TILL THE END e AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI; servizi rivolti a adolescenti e giovani, supporto psicosociale e salute mentale per AID 11817/04/06 – Espaço

Aberto e AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare. Le evidenze raccolte indicano che le competenze hanno mostrato una maggiore capacità di consolidarsi quando alla formazione teorica sono state associate la pratica sul posto, la disponibilità delle apparecchiature necessarie e la possibilità di trasferire le competenze tra colleghi.

Nell'ambito di AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT, nelle strutture visitate erano ancora operative pratiche di screening e presa in carico delle DNT precedentemente più limitate. A Sofala, la disponibilità congiunta di apparecchiature e competenze nell'ambito CACUM ha consentito al personale formato di applicare quanto appreso e di proseguire la formazione on the job di altri operatori. Questo elemento assume rilievo alla luce di quanto riferito dagli interlocutori, secondo i quali la partecipazione a corsi di formazione non sempre si traduce nella possibilità di applicare le competenze acquisite, poiché le strutture di provenienza possono non disporre delle apparecchiature necessarie. Nel caso delle strutture sostenute dal progetto, l'integrazione tra formazione, dotazione e pratica ha invece rafforzato la capacità di diagnosi e trattamento a livello decentrato.

Lo stesso meccanismo emerge a Inhambane, nell'ambito di AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI, dove la disponibilità di apparecchiature portatili ha consentito di trasferire capacità diagnostiche direttamente ai servizi di prossimità. Tre PIM Analyzer CD4 erano disponibili per le TARV Móvel nei quattro distretti interessati, permettendo al personale sanitario di effettuare on site la conta dei CD4 nelle comunità e di applicare i protocolli nazionali a livello comunitario. In questo caso, quindi, il rafforzamento delle capacità non si è limitato alla formazione del personale, ma si è tradotto nella possibilità concreta di erogare prestazioni diagnostiche precedentemente non disponibili a quel livello.

2. Consolidamento di modalità di collaborazione e integrazione istituzionale

I progetti hanno contribuito non soltanto al rafforzamento della collaborazione tra partner di implementazione e sistema sanitario pubblico, ma, in alcuni casi, all'integrazione dei partners in meccanismi di coordinamento tecnico, programmazione e definizione di modalità operative a livello nazionale, provinciale e distrettuale.

Nell'ambito di AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT, la collaborazione ha interessato anche i meccanismi di coordinamento tecnico del sistema sanitario. CUAMM, ACAP e AIFO hanno contribuito, insieme al MISAU, alla costituzione del primo Gruppo Tecnico di Lavoro nazionale su diabete e ipertensione, incaricato di coordinare le attività relative al Piano Strategico Multisettoriale NCD 2020–2029 e le iniziative realizzate nel Paese; CUAMM ne è divenuto membro permanente. A livello provinciale, le supervisioni e le formazioni on the job in ambito CACUM sono state integrate nelle supervisioni delle DPS e coordinate dai *focal point* provinciali, inserendo il trasferimento delle competenze nei meccanismi ordinari del sistema sanitario.

A Inhambane, AID 11587/04/1 – TILL THE END e AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI hanno rafforzato una modalità di erogazione fondata sull'integrazione tra partner, servizi distrettuali e attori comunitari. Questa modalità permane nell'organizzazione dei servizi di prossimità osservata durante la valutazione: le brigate mobili continuano a coinvolgere i servizi sanitari distrettuali e gli attori comunitari, mantenendo l'integrazione delle componenti HIV, TB e PMTCT rafforzata dagli interventi.

In AID 11817/04/06 – Espaço Aberto, l'integrazione tra presa in carico clinica, relazionale e psicosociale, costruita attraverso il lavoro congiunto tra personale sanitario e figure giovanili e comunitarie, risultava ancora presente nei servizi visitati.

Le visite e le interviste confermano che parte di queste modalità di raccordo continua a essere utilizzata, in particolare nel collegamento tra attori comunitari e strutture sanitarie e

nell'organizzazione dei servizi di prossimità, sebbene con intensità condizionata dalla disponibilità di personale e risorse operative.

3. Maggiore capacità di produrre e utilizzare dati ed evidenze

Il sistema sanitario mozambicano presenta criticità nella raccolta, disaggregazione, e controllo di qualità dei dati, che ha reso difficile stabilire una *baseline* solida contro la quale misurare progressi e variazioni. I progetti hanno contribuito a rafforzare le capacità di raccolta, analisi e utilizzo delle informazioni, affiancando in alcuni casi all'implementazione una componente di ricerca operativa. A Inhambane, la collaborazione tra Medicus Mundi e l'Università di Brescia ha collegato la ricerca operativa e l'analisi dei dati al modello delle brigate mobili e ai servizi HIV, TB e PMTCT; nell'ambito di AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare, la collaborazione tra Università di Padova e CIOB ha integrato produzione di evidenze, ricerca e rafforzamento dei servizi rivolti a adolescenti e giovani HIV+ a Beira. Tali processi hanno contribuito non soltanto alla produzione di nuove evidenze, ma anche al rafforzamento della capacità degli attori individuali e istituzionali di produrre e utilizzare dati e conoscenze sui bisogni sanitari, sull'andamento degli interventi e sulle modalità di risposta.

La permanenza dei cambiamenti istituzionali non risulta tuttavia uniforme. Le competenze, le relazioni istituzionali e alcune pratiche integrate nel funzionamento ordinario delle strutture mostrano una maggiore capacità di permanere, mentre le attività che richiedono risorse ricorrenti, incentivi agli attivisti, trasporti, materiali o altri input esterni presentano maggiori elementi di fragilità. Tali aspetti saranno approfonditi nell'analisi della sostenibilità.

Impatto a livello sistemico

A livello sistemico, le evidenze sono meno robuste rispetto ai livelli individuale-comunitario e istituzionale e non consentono di identificare trasformazioni sistemiche pienamente consolidate. Emergono tuttavia tre principali segnali di cambiamento: 1. una maggiore attenzione istituzionale alle DNT; 2. il progressivo consolidamento di modelli di prossimità e decentralizzazione dei servizi nelle aree remote; 3. una maggiore attenzione alla differenziazione della risposta sanitaria rivolta ad adolescenti e giovani, includendo le dimensioni relazionali e psicosociali e, per le ragazze e le giovani donne, specifiche vulnerabilità e barriere di genere.

1. Maggiore attenzione istituzionale alle DNT

Nell'ambito di AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT, gli interlocutori istituzionali incontrati a Maputo hanno descritto una maggiore visibilità dell'ipertensione, del diabete e della prevenzione oncologica rispetto a un contesto precedentemente maggiormente concentrato sulle malattie trasmissibili. Il progetto ha contribuito a rafforzare questa attenzione attraverso il lavoro con il MISAU e la partecipazione a meccanismi nazionali di coordinamento tecnico sulle DNT, inclusa la costituzione del primo Gruppo Tecnico di Lavoro nazionale su diabete e ipertensione. La documentazione progettuale evidenzia inoltre contributi all'introduzione e all'utilizzo di strumenti clinici e di raccolta dati per diabete e ipertensione, nonché all'integrazione delle relative attività nei servizi sanitari pubblici. Questi elementi indicano un rafforzamento non soltanto dell'attenzione istituzionale, ma anche delle capacità operative e dei meccanismi di gestione delle DNT. Le evidenze disponibili non consentono tuttavia di verificare compiutamente il grado di formalizzazione e di diffusione di tali strumenti a livello nazionale, né di attribuire al progetto specifici cambiamenti delle politiche sanitarie. Il contributo osservato riguarda pertanto una maggiore attenzione istituzionale e un rafforzamento dell'integrazione operativa delle DNT nel sistema sanitario, mentre il consolidamento di tali risultati a livello sistemico rimane da verificare.

2. Progressivo consolidamento di modelli di prossimità e decentralizzazione dei servizi nelle aree remote

L'esperienza sviluppata a Inhambane attraverso AID 11587/04/1 – TILL THE END e successivamente AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI mostra una progressiva integrazione di differenti

componenti sanitarie all'interno delle brigate mobili, con il coinvolgimento di personale del sistema sanitario pubblico e un adattamento del modello all'evoluzione della rete dei servizi e ai bisogni delle comunità. La continuità e l'evoluzione di tale modello oltre la durata delle singole iniziative costituiscono un segnale rilevante della sua progressiva integrazione nelle modalità di risposta sanitaria nei territori interessati.

3. Maggiore attenzione alla differenziazione della risposta sanitaria rivolta al target giovanile

Un altro fattore di cambiamento notevole riguarda la crescente attenzione alla necessità di differenziare la risposta sanitaria rivolta a adolescenti e giovani, considerando, oltre ai bisogni clinici, le dimensioni relazionali e psicosociali e, per le ragazze e le giovani donne, specifiche vulnerabilità e barriere di genere. AID 11817/04/06 – Espaço Aberto ha strutturato la presa in carico degli adolescenti e giovani HIV+ integrando alla risposta clinica componenti relazionali, psicosociali e sociali, mentre AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare ha approfondito in particolare la dimensione della salute mentale e del disagio psicosociale degli adolescenti e giovani HIV+. Parallelamente, AID 12168/02/0 ha utilizzato la ricerca operativa per produrre evidenze sui bisogni di salute mentale e sul disagio psicosociale degli adolescenti e giovani HIV+, mettendo in relazione ricerca e servizi sanitari. Il coinvolgimento delle istituzioni sanitarie e degli attori della ricerca, anche nazionali, ha favorito il riconoscimento di questi bisogni e la disponibilità di evidenze utilizzabili per orientare le modalità di risposta rivolte a questo gruppo.

Nel complesso, questi elementi si configurano come segnali di cambiamento a livello sistemico, più che trasformazioni sistemiche pienamente dimostrabili. Le evidenze risultano più solide rispetto al consolidamento di pratiche e modelli nei territori e nei servizi interessati, mentre sono più limitate rispetto alla loro istituzionalizzazione su scala nazionale.

Q2. In che misura tali cambiamenti possono essere ricondotti ai progetti?

La riconducibilità dei cambiamenti osservati alle iniziative varia in funzione della natura degli effetti e del livello al quale questi si manifestano. Il legame con i progetti risulta più solido quando è possibile ricostruire una sequenza coerente tra le attività e le risorse introdotte, le modifiche intervenute nell'erogazione dei servizi e i cambiamenti successivamente osservati. Tale relazione diventa, invece, meno univoca per gli effetti istituzionali e, soprattutto, sistemici, nei quali confluiscono interventi successivi, presenza pluriennale dei partner, politiche sanitarie nazionali e contributi di altri attori.

A livello comunitario, il caso delle brigate mobili di Inhambane consente di osservare con particolare chiarezza questa relazione. Nell'ambito di AID 11587/04/1 – TILL THE END, il rafforzamento della componente TB ha permesso di effettuare la diagnosi a livello comunitario attraverso GeneXpert Edge[57]; successivamente, AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI ha integrato la componente PMTCT nel modello di prossimità. Il personale sanitario e i partner di implementazione intervistati a Inhambane hanno evidenziato che, prima dell'introduzione della diagnostica TB a livello comunitario, i campioni dei casi sospetti dovevano essere trasportati verso altre strutture, con tempi di risposta più lunghi e il rischio di perdita del paziente lungo il percorso diagnostico. In questo caso è quindi possibile ricostruire un nesso sufficientemente chiaro tra gli apporti delle iniziative e la modifica delle modalità di erogazione del servizio.

Una relazione riconoscibile tra intervento e cambiamento si riscontra anche in AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT. Nei Centri visitati a Maputo e Sofala, la formazione degli operatori e degli attivisti, la disponibilità di apparecchiature e il rafforzamento dello screening e dei percorsi di presa in carico e *referral* costituiscono meccanismi direttamente collegati ad alcuni dei

[57] GeneXpert Edge è un sistema diagnostico molecolare portatile che consente di effettuare test rapidi per la diagnosi della tubercolosi, inclusa l'identificazione della resistenza alla rifampicina, anche in contesti decentralizzati e con infrastrutture di laboratorio limitate.

cambiamenti osservati. Per esempio, gli attivisti comunitari a Moamba e Matola associano alle attività del progetto sia l'aumento delle conoscenze sulle DNT sia il rafforzamento delle attività di orientamento, ricerca attiva e accompagnamento dei pazienti. Analogamente, il personale sanitario intervistato a Sofala evidenzia il contributo delle apparecchiature e delle competenze acquisite al rafforzamento delle capacità diagnostiche e terapeutiche nell'ambito CACUM. La convergenza tra testimonianze provenienti dal livello comunitario e dai servizi rafforza, in questi ambiti, la plausibilità del contributo dell'iniziativa.

Per AID 11817/04/06 – Espaço Aberto e AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare, il contributo assume caratteristiche differenti ed è riconoscibile soprattutto nell'integrazione della dimensione sociale e psicosociale nella presa in carico degli adolescenti e dei giovani. Per esempio, dalle interviste e dai confronti con mentori e attori coinvolti nei servizi rivolti agli adolescenti a Maputo è emerso come il lavoro realizzato abbia favorito modalità di relazione maggiormente orientate all'ascolto e all'attenzione dei giovani, alla gestione dello stigma e della discriminazione e al riconoscimento di problematiche sociali e di salute mentale. In alcuni casi, come menzionato, giovani inizialmente coinvolti come beneficiari hanno successivamente assunto ruoli di mentoring e sostegno verso altri adolescenti. Nel caso del progetto AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare, inoltre, le testimonianze raccolte a Sofala indicano che l'intervento realizzato nel contesto della pandemia di COVID-19 ha contribuito a mantenere o ripristinare la continuità dei servizi rivolti agli adolescenti, rafforzando al contempo le competenze del personale e degli attori comunitari. Le metodologie partecipative, l'attenzione alla salute mentale e l'accompagnamento psicosociale rappresentano quindi alcuni dei meccanismi attraverso i quali è possibile ricostruire il contributo delle due iniziative.

La relazione tra progetto e cambiamento diventa meno lineare quando si amplia l'orizzonte temporale. Diversi risultati osservati durante la valutazione appaiono infatti come il prodotto della stratificazione di interventi successivi. Inhambane ne offre un esempio particolarmente significativo. Le brigate mobili precedono le iniziative oggetto della valutazione e si sono progressivamente evolute attraverso differenti cicli di intervento, ampliando nel tempo la copertura territoriale e la gamma di prestazioni. Come evidenziato, per esempio, nelle interviste con il partner di implementazione a Inhambane, AID 11587/04/1 – TILL THE END e AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI hanno introdotto componenti specifiche all'interno di un modello già esistente, contribuendo alla sua progressiva evoluzione e potenziamento. Il modello osservato al momento della valutazione riflette pertanto non soltanto gli apporti delle due iniziative, ma anche l'esperienza accumulata nel tempo, la continuità della presenza del partner e la collaborazione con il sistema sanitario pubblico. Gli stessi interlocutori hanno sottolineato la difficoltà di separare gli effetti dei singoli progetti all'interno di questa traiettoria.

A livello istituzionale, le cinque iniziative hanno contribuito a consolidare competenze, modalità di coordinamento e relazioni tra organizzazioni implementatrici, strutture sanitarie e autorità ai diversi livelli, ma molti di questi rapporti erano già presenti e si sono sviluppati attraverso una collaborazione pluriennale. A titolo esemplificativo, nei colloqui con le autorità sanitarie della Provincia di Maputo è emerso come il lavoro sulle DNT abbia contribuito a rafforzare il collegamento tra livello provinciale, distrettuale, strutture sanitarie, attivisti e comunità. In altri territori, la continuità della collaborazione tra partner e sistema sanitario ha svolto una funzione analoga. Il capitale di fiducia e le modalità di lavoro congiunto osservate durante la missione devono quindi essere interpretati come risultati cumulativi di una collaborazione di lungo periodo, ai quali le iniziative valutate hanno contribuito senza costituirne necessariamente l'unica determinante.

A livello sistemico, la maggiore attenzione alle DNT, il consolidamento dei modelli di prossimità, l'attenzione ai bisogni degli adolescenti e dei giovani e la valorizzazione di dati e ricerca operativa risultano coerenti con i meccanismi di cambiamento promossi dalle iniziative. Per esempio, gli interlocutori istituzionali consultati nell'ambito di AID 11375 hanno associato l'intervento a una

maggiore visibilità delle DNT, mentre a Inhambane la successione di interventi ha accompagnato la progressiva articolazione del modello delle brigate mobili. Queste evoluzioni si collocano, ad ogni modo, all'interno delle strategie del MISAU, dei programmi nazionali e dell'azione di altri partner. A questo livello, pertanto, è possibile riconoscere un contributo delle iniziative AICS ai processi osservati, ma non isolarne il peso rispetto agli altri fattori concomitanti.

Come precedentemente menzionato, anche la disponibilità e il livello di disaggregazione dei dati in Mozambico limitano la possibilità di ricostruire con precisione il contributo delle singole iniziative. Questo problema emerge, per esempio, a Inhambane, dove parte dei dati sanitari disponibili a livello distrettuale o provinciale non consente di distinguere sistematicamente i risultati delle brigate mobili da quelli complessivi dei servizi sanitari. Di conseguenza, alcuni miglioramenti riferiti durante le interviste (relativi, ad esempio, all'accesso, alla continuità terapeutica o a determinati esiti sanitari) sono coerenti con i meccanismi sostenuti dai progetti e possono concorrere alla formulazione del giudizio valutativo, ma non costituiscono di per sé una dimostrazione di causalità.

Per concludere, il grado di riconducibilità dei cambiamenti alle iniziative risulta più elevato per gli effetti direttamente associati all'introduzione o al rafforzamento di servizi, strumenti e pratiche specifiche; procedendo verso gli effetti istituzionali e sistemici, il contributo diventa invece prevalentemente cumulativo e concorrente. La valutazione identifica, pertanto, un contributo plausibile e documentato delle iniziative ai processi di cambiamento osservati, differenziandone il grado di evidenza, senza estendere tale giudizio a un'attribuzione causale che il disegno valutativo e i dati disponibili non consentono di sostenere.

Q3. Sono emersi effetti inattesi, positivi o negativi?

Gli effetti inattesi emersi dalla valutazione risultano più circoscritti rispetto ai cambiamenti direttamente associati agli obiettivi delle iniziative e sono prevalentemente positivi. Le testimonianze raccolte mostrano, in particolare, alcuni effetti che hanno oltrepassato l'ambito strettamente sanitario degli interventi, interessando le relazioni sociali, la protezione e l'inclusione degli adolescenti, i comportamenti degli stessi attori comunitari e, in alcuni casi, le modalità di collaborazione tra soggetti coinvolti. Non sono invece emersi effetti negativi inattesi di portata comparabile; sono state tuttavia rilevate alcune conseguenze o tensioni non previste, legate soprattutto alla creazione di aspettative nelle comunità e alla capacità dei servizi di rispondere alla domanda generata.

Un primo ambito riguarda gli **effetti sociali e di protezione** prodotti dagli interventi rivolti a adolescenti e giovani. Nell'ambito di AID 11817/04/06 – Espaço Aberto, la costruzione di spazi di ascolto e di fiducia ha generato risultati che hanno oltrepassato la presa in carico sanitaria. Per esempio, nelle interviste realizzate a Maputo con gli attori coinvolti nei servizi per adolescenti sono stati segnalati casi nei quali la relazione costruita con giovani e adolescenti ha consentito di far emergere situazioni di violenza o abuso, nonché di affrontare problematiche relative alla permanenza scolastica e all'inclusione sociale. Lo spazio creato dall'intervento ha assunto quindi, in alcuni casi, una funzione più ampia di protezione e accompagnamento, non limitata alla condizione clinica o all'aderenza terapeutica.

Sempre nell'ambito degli interventi rivolti ai giovani sono emersi percorsi di ***empowerment*** che hanno modificato il ruolo di alcuni beneficiari. Alcuni adolescenti inizialmente raggiunti come destinatari dei servizi sono diventati successivamente mentori, punti di riferimento per altri giovani o, in alcuni casi, hanno continuato a collaborare con le strutture e gli attori coinvolti. Tale evoluzione segnala, in alcuni casi, il passaggio dalla fruizione dei servizi a una funzione attiva di sostegno tra pari. Pur non potendone stabilire la diffusione, le testimonianze raccolte evidenziano percorsi di leadership e partecipazione giovanile sviluppatisi attraverso il coinvolgimento continuativo nelle attività.

Un ulteriore effetto, osservato soprattutto nell'ambito di AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT, riguarda i cambiamenti prodotti sugli stessi attivisti comunitari. La loro formazione era funzionale alla mobilitazione delle comunità e al collegamento con i servizi, ma le testimonianze mostrano che le conoscenze acquisite sono state applicate anche alla propria vita quotidiana. Per esempio, nei focus group realizzati con gli attivisti a Moamba e Matola alcuni partecipanti hanno descritto modifiche della propria alimentazione, una maggiore attenzione alla pressione arteriosa e al diabete, la riduzione di alcuni comportamenti considerati a rischio e un maggiore ricorso allo screening. L'attivista emerge quindi non soltanto come veicolo del cambiamento previsto dall'intervento, ma anche come soggetto direttamente interessato da processi di cambiamento personale.

Sono emersi inoltre alcuni **effetti relazionali e istituzionali** che sembrano aver superato la funzione immediata delle attività realizzate. In particolare, il lavoro comunitario ha contribuito in alcuni territori a rendere più frequente il contatto tra comunità, attivisti, strutture e autorità sanitarie. A titolo esemplificativo, nei colloqui con gli attori sanitari della Provincia di Maputo è stata richiamata una maggiore familiarità delle comunità con i rappresentanti dei servizi e una più diretta interlocuzione con il livello istituzionale. Si tratta di un risultato difficilmente quantificabile, ma rilevante perché suggerisce che l'intervento abbia prodotto anche un rafforzamento della relazione e della fiducia tra cittadini e sistema sanitario.

Un altro possibile effetto riguarda la **generazione di nuove occasioni di apprendimento e collaborazione** attraverso la ricerca operativa e il rapporto con università e istituzioni di ricerca, particolarmente visibile in AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare. Alcune attività sviluppate nell'ambito della salute mentale e delle metodologie partecipative hanno alimentato momenti successivi di confronto e scambio sulle strategie di intervento comunitario. In questo caso, l'effetto va oltre la produzione di un singolo risultato progettuale e riguarda la circolazione delle esperienze e delle metodologie sviluppate. La documentazione disponibile non consente tuttavia di stabilire fino a che punto tali sviluppi fossero effettivamente non previsti nel disegno originario; essi sono pertanto interpretati come effetti ulteriori o di amplificazione, piuttosto che come effetti inattesi in senso stretto.

La valutazione non ha identificato **effetti negativi inattesi direttamente riconducibili alle iniziative.** È emersa tuttavia una possibile tensione tra l'aumento della conoscenza e della domanda di servizi generato dalle attività di sensibilizzazione e la capacità delle strutture sanitarie di rispondervi. Nelle interviste con gli attori sanitari della Provincia di Maputo è stato evidenziato, in particolare, che l'orientamento delle persone verso i servizi per le DNT non trova sempre corrispondenza nella disponibilità di apparecchiature, materiali diagnostici o medicinali. Tale squilibrio non costituisce, sulla base delle evidenze disponibili, un effetto negativo inatteso già osservato, ma rappresenta un potenziale effetto indiretto degli interventi qualora le aspettative e la domanda generate non trovino una risposta adeguata nei servizi.

5.2 Sostenibilità

Le evidenze indicano prospettive di sostenibilità complessivamente positive ma differenziate. La permanenza risulta più solida per le competenze, le pratiche e le modalità operative integrate nei servizi sanitari pubblici e sostenute dall'appropriazione istituzionale e comunitaria. Più fragile è invece la continuità delle componenti che dipendono da risorse ricorrenti (personale, trasporti, carburante, manutenzione, consumabili, incentivi e attività di *outreach*) per le quali non emerge una piena integrazione nei meccanismi ordinari di finanziamento. La sostenibilità dipende pertanto meno dalla riproduzione integrale dei modelli progettuali che dalla capacità delle istituzioni di preservarne e adattarne le funzioni essenziali alle risorse disponibili. Le evidenze mostrano inoltre una maggiore

appropriazione a livello locale e operativo rispetto a quella finanziaria e all'istituzionalizzazione a livello nazionale.

Q1. In che misura le capacità sviluppate sono state istituzionalizzate e possono essere mantenute nel tempo?

Il **grado di istituzionalizzazione delle capacità sviluppate è complessivamente positivo**, ma differenziato tra iniziative e ambiti. Le competenze risultano maggiormente consolidate quando la formazione è stata accompagnata dall'applicazione pratica e integrata nelle modalità ordinarie di lavoro dei servizi sanitari pubblici. La formazione continua, la supervisione, l'apprendimento sul lavoro e il trasferimento delle competenze tra operatori contribuiscono alla sostenibilità degli interventi, mentre la mobilità del personale e la disponibilità delle risorse necessarie per applicare quanto appreso continuano a rappresentare fattori di fragilità.

Gran parte del rafforzamento delle capacità è avvenuto all'interno del sistema sanitario pubblico, in accordo con le istituzioni pubbliche e con la loro partecipazione diretta, coinvolgendo personale delle strutture sanitarie, responsabili ai diversi livelli, attivisti e altri attori comunitari. Ciò ha ridotto il rischio che le competenze rimanessero circoscritte a meccanismi paralleli creati dai progetti. La collaborazione continuativa tra partner di implementazione e istituzioni pubbliche sembra inoltre avere favorito una progressiva appropriazione di pratiche, competenze e modalità di lavoro a livello provinciale, distrettuale e delle singole strutture sanitarie.

Questo processo è particolarmente visibile nell'ambito di AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT. Per esempio, nelle strutture visitate a Maputo e Sofala è stato riscontrato che le competenze relative allo screening, alla presa in carico delle DNT e alla prevenzione oncologica acquisite in fase di progetto erano ancora utilizzate dagli operatori sanitari al momento della valutazione, quindi anche dopo la conclusione delle attività progettuali. In Sofala, la combinazione tra formazione, disponibilità di apparecchiature e applicazione pratica delle competenze nell'ambito CACUM ha contribuito a mantenere a livello decentrato capacità diagnostiche e terapeutiche che risultavano ancora operative al momento della missione. In questi casi, la formazione non sembra essersi limitata all'acquisizione individuale di conoscenze, ma si è tradotta in capacità effettivamente disponibili all'interno del servizio.

A Inhambane, il rafforzamento delle capacità si è sviluppato progressivamente attraverso iniziative successive realizzate da Medicus Mundi in stretta collaborazione con i servizi sanitari provinciali e distrettuali. Nell'ambito di AID 11587/04/1 – TILL THE END, il personale sanitario coinvolto nei servizi di prossimità ha rafforzato le proprie competenze nella prevenzione, diagnosi e presa in carico di HIV e TB, applicandole anche attraverso le brigate mobili e la diagnostica della TB a livello comunitario. Successivamente, AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI ha costruito sulle competenze e sulle modalità operative già sviluppate, rafforzando ulteriormente il personale coinvolto e ampliando l'integrazione dei servizi di prossimità attraverso la componente PMTCT. **La continuità della collaborazione tra Medicus Mundi e i servizi sanitari ha quindi consentito di valorizzare competenze ed esperienze maturate con l'intervento precedente e di applicarle a un modello progressivamente più integrato di risposta a HIV, TB e PMTCT**.

Per AID 11817/04/06 – Espaço Aberto e AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare, il personale sanitario e gli altri **attori coinvolti nella presa in carico degli adolescenti e dei giovani hanno sviluppato competenze anche in ambiti meno strettamente clinici, quali la relazione con adolescenti e giovani, il supporto psicosociale, la salute mentale e l'ascolto**. In questi casi, tuttavia, emerge con particolare chiarezza la necessità di distinguere tra permanenza delle competenze e continuità delle attività. Alcune pratiche comunitarie e di supporto psicosociale sono infatti proseguite, ma talvolta in forma ridotta o grazie a nuovi finanziamenti. La capacità professionale può quindi permanere nel personale e nelle strutture anche quando non sono disponibili tutte le risorse necessarie per riprodurre integralmente il modello progettuale.

Rimane rilevante il **problema della mobilità del personale (*turnover*).** Il trasferimento di personale formato può comportare una perdita di capacità e conoscenze per la singola struttura, senza necessariamente determinare una perdita completa per il sistema sanitario qualora la persona continui a operare in un'altra struttura pubblica. Le evidenze disponibili non consentono però di ricostruire sistematicamente il percorso del personale formato né il grado con cui le competenze vengano diffuse e continuino a essere applicate dopo eventuali trasferimenti nel sistema sanitario pubblico.

La **richiesta ricorrente di nuove formazioni evidenzia l'importanza** di considerare la formazione come un processo continuo: aggiornamento, supervisione, apprendimento sul lavoro e trasferimento delle competenze tra operatori contribuiscono alla sostenibilità degli interventi, consentendo di mantenere e rinnovare nel tempo le capacità necessarie alla loro attuazione. La sostenibilità non dipende quindi soltanto dal numero di persone inizialmente formate, ma dalla presenza di meccanismi che permettano di applicare, aggiornare e trasferire le competenze nel tempo.

Anche i **partenariati accademici e di ricerca tra istituzioni italiane e mozambicane** (come quello sviluppato nell'ambito di AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare attraverso la collaborazione tra Università di Padova, CIOB e attori del sistema sanitario mozambicano) rappresentano un importante fattore di sostenibilità, contribuendo a consolidare capacità nazionali di formazione, ricerca e produzione e utilizzo delle evidenze.

Q2. Le innovazioni introdotte possono essere mantenute o replicate?

Le innovazioni introdotte o rafforzate dalle iniziative presentano buone potenzialità di mantenimento e replicabilità, ma con differenze rilevanti in funzione delle risorse necessarie per sostenerle. Le prospettive risultano più favorevoli quando pratiche e modalità operative sono integrate nei servizi esistenti, utilizzano prevalentemente personale del sistema pubblico e possono essere adattate alle risorse disponibili. La sostenibilità finanziaria e operativa costituisce invece la principale criticità per i modelli che dipendono da costi ricorrenti, soprattutto per gli interventi destinati a garantire servizi di prossimità nelle aree remote.

Pratiche integrate nei servizi sanitari. Nell'ambito di AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT, l'integrazione dello screening e della diagnosi precoce nei percorsi ordinari di assistenza presenta prospettive di mantenimento relativamente favorevoli quando le competenze sono state trasferite al personale delle strutture e le procedure sono entrate nella pratica del servizio. Analogamente, in Sofala alcune capacità diagnostiche e terapeutiche nell'ambito CACUM risultavano ancora operative al momento della missione. In questi casi, la possibilità di mantenere l'innovazione deriva soprattutto dalla sua integrazione nelle funzioni ordinarie della struttura sanitaria, piuttosto che dalla prosecuzione di un dispositivo progettuale separato.

Adattabilità delle modalità organizzative. L'esperienza del Cantinho, uno spazio dedicato all'interno della struttura sanitaria per lo screening e il follow-up delle persone con DNT, offre un esempio significativo di questa capacità di adattamento. Alcune pratiche sostenute dall'intervento risultano essere state reinterpretate attraverso configurazioni organizzative diverse da quelle adottate durante il progetto. Come emerso dalle interviste, la riconfigurazione del Cantinho ha consentito di preservare alcune funzioni del servizio, adattandone le modalità operative alle risorse disponibili. L'elemento rilevante ai fini della sostenibilità è quindi la preservazione della funzione del servizio, più che la riproduzione esatta dell'assetto operativo finanziato dal progetto.

Ricerca operativa e collaborazioni scientifiche. Le conoscenze, le metodologie, le relazioni scientifiche e la capacità di ricerca possono continuare a essere utilizzate e generare nuove attività oltre la conclusione del singolo finanziamento. Le iniziative valutate offrono esempi di collaborazioni che hanno associato ricerca, formazione e rafforzamento dei servizi. Ne sono esempi la collaborazione tra Medicus Mundi e l'Università di Brescia, che ha collegato la ricerca operativa

sulle malattie infettive e la salute comunitaria alla formazione degli operatori sanitari, e quella tra l'Università di Padova e il CIOB nell'ambito di AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare, che ha associato la produzione di evidenze sui bisogni di salute degli adolescenti e giovani HIV+ al rafforzamento delle capacità di ricerca e dei servizi. Come evidenziato anche nella Q1, il loro valore in termini di sostenibilità risiede soprattutto nella possibilità di consolidare progressivamente capacità nazionali di produzione e utilizzo delle evidenze, attraverso partenariati duraturi tra istituzioni mozambicane e italiane.

Sostenibilità delle dotazioni e delle innovazioni tecnologiche. La presenza delle apparecchiature non è di per sé sufficiente a garantire la sostenibilità degli interventi. Gli investimenti materiali rimasti nelle strutture pubbliche possono continuare a produrre benefici, ma la loro utilizzabilità nel tempo dipende dalla disponibilità di manutenzione, consumabili, personale formato e risorse finanziarie. La replicabilità di un'innovazione tecnologica deve pertanto essere valutata considerando non soltanto l'investimento iniziale, ma anche i costi e le condizioni necessarie al suo funzionamento nel tempo.

Approcci di supporto ad adolescenti e giovani. Per i servizi rivolti a adolescenti e giovani sostenuti attraverso AID 11817/04/06 – Espaço Aberto e AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare, le evidenze indicano la prosecuzione di alcune pratiche comunitarie e di supporto psicosociale, ma talvolta con minore intensità o grazie a nuovi finanziamenti. La continuità delle modalità di ascolto, relazione e presa in carico può essere favorita dalla permanenza delle competenze negli operatori e nei mentori, ma più complesso è invece mantenere la stessa intensità delle attività di *outreach*, accompagnamento e supporto quando queste richiedono risorse dedicate. Pertanto, è necessario distinguere tra permanenza dell'approccio e delle competenze e capacità di mantenere integralmente il livello di attività garantito durante il finanziamento.

Meccanismi comunitari di collegamento con i servizi. Le competenze sviluppate dagli attivisti e le relazioni costruite con le comunità e i servizi possono permanere e costituiscono un importante capitale sociale. Tuttavia, attività quali ricerca attiva, visite nelle comunità, accompagnamento dei pazienti e *follow-up* richiedono tempo, mobilità e, in alcuni casi, incentivi o altre forme di supporto. Per esempio, dalle interviste realizzate con attivisti e rappresentanti delle istituzioni sanitarie a Maputo è emerso che periodi di interruzione tra un finanziamento e quello successivo possono determinare una riduzione delle attività comunitarie. Le evidenze suggeriscono quindi una distinzione tra la permanenza delle capacità e delle relazioni sviluppate a livello comunitario e la continuità delle funzioni operative svolte dagli attivisti, maggiormente dipendente dalla disponibilità di risorse e supporto. La forte appropriazione sociale di tali meccanismi non è pertanto sufficiente, da sola, a garantirne la continuità operativa.

Servizi di prossimità nelle aree remote. Le **brigate mobili** di Inhambane, rafforzate attraverso AID 11587/04/1 – TILL THE END e AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI. Il modello presenta diversi elementi favorevoli alla replicabilità: risponde a un bisogno strutturale delle popolazioni residenti in aree remote, è fortemente apprezzato dalle comunità e si basa sull'integrazione di differenti prestazioni all'interno di un meccanismo di erogazione dei servizi collegato al sistema sanitario pubblico. Nel corso delle iniziative, il modello è stato progressivamente ampliato e adattato, integrando nuove componenti, tra cui la diagnostica comunitaria della TB e la PMTCT. La successione di interventi che hanno ripreso e sviluppato il modello costituisce quindi un'indicazione della sua replicabilità e capacità di evoluzione. Nelle interviste realizzate a Inhambane, inoltre, è emerso come le brigate continuino a essere considerate uno strumento particolarmente importante per raggiungere popolazioni che, per distanza e difficoltà di trasporto, incontrano ostacoli significativi nell'accesso regolare alle strutture sanitarie.

Condizioni per la sostenibilità operativa. Al tempo stesso, proprio le brigate mobili mostrano con chiarezza la differenza tra validità e appropriazione del modello e sua sostenibilità finanziaria autonoma. La loro operatività richiede veicoli, carburante, manutenzione, disponibilità di personale,

medicinali e altri input che non possono essere garantiti dalla sola istituzionalizzazione delle competenze. La sostenibilità autonoma del modello rimane, pertanto, condizionata dalla capacità del sistema sanitario pubblico di incorporarne progressivamente i costi ricorrenti nella propria programmazione e nei propri meccanismi di finanziamento.

Sostenibilità finanziaria. Trasversalmente alle iniziative, le evidenze di integrazione delle innovazioni nei meccanismi ordinari di finanziamento risultano più limitate rispetto a quelle relative alla loro appropriazione tecnica e operativa. La criticità riguarda soprattutto mobilità e carburante, manutenzione e consumabili, outreach e follow-up, sostegno agli attori comunitari e risorse umane dedicate. La prosecuzione attraverso nuovi progetti o finanziamenti esterni può confermare la persistente rilevanza e utilità di tali funzioni, ma non costituisce, di per sé, evidenza della loro sostenibilità finanziaria autonoma.

Nel complesso, la capacità di adattamento risulta particolarmente importante in un contesto caratterizzato da limitazioni di risorse umane e finanziarie. Un modello può dimostrarsi efficace durante l'implementazione ma risultare difficilmente sostenibile se richiede livelli di personale, incentivi, logistica o risorse che il sistema non è in grado di garantire autonomamente. La sostenibilità e la replicabilità dipendono pertanto dalla possibilità di preservare e trasferire le funzioni essenziali di un modello, adattandone le modalità operative alle capacità e alle risorse effettivamente disponibili, piuttosto che dalla riproduzione identica del dispositivo originario.

Q3. Esiste appropriazione da parte delle istituzioni nazionali e locali?

Le evidenze raccolte indicano un livello significativo di appropriazione istituzionale, evidente a livello provinciale, distrettuale e delle strutture sanitarie direttamente coinvolte. Le iniziative sono state implementate attraverso una collaborazione stretta con il sistema sanitario pubblico, rafforzando servizi e strutture esistenti anziché costruendo dispositivi paralleli. La continuità delle relazioni tra partner e istituzioni sembra avere favorito nel tempo l'adozione di competenze, pratiche e modalità di lavoro sviluppate attraverso i progetti.

L'appropriazione osservata non è tuttavia uniforme e deve essere distinta in almeno tre dimensioni: **strategica e istituzionale**, quando le priorità o gli approcci promossi vengono riconosciuti e fatti propri dalle autorità; e **operativa**, quando pratiche e modalità di erogazione vengono integrate nel funzionamento dei servizi. Queste forme di appropriazione devono essere distinte dalla sostenibilità finanziaria, che dipende dalla disponibilità di risorse adeguate a garantire la prosecuzione delle attività. Nel contesto del Mozambico, il sostegno istituzionale agli interventi non si traduce necessariamente nella disponibilità di finanziamenti nazionali, permanendo una forte dipendenza dalle risorse esterne. Le evidenze raccolte indicano pertanto livelli differenziati di appropriazione strategico-istituzionale e operativa, mentre la sostenibilità finanziaria costituisce uno dei principali elementi di fragilità. **Appropriazione strategica e istituzionale**. Nell'ambito di **AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT**, le autorità sanitarie della Provincia di Maputo intervistate hanno associato l'intervento a una maggiore attenzione attribuita alle DNT e a un rafforzamento del collegamento tra livello provinciale, distrettuale, strutture sanitarie e comunità. Tale percezione trova riscontro nel coinvolgimento delle istituzioni sanitarie nelle attività di formazione e supervisione. Tecnici delle DPS e dei SDSMAS hanno partecipato alla formazione e alle successive attività di supervisione e aggiornamento; nel solo terzo anno sono state realizzate 271 visite di supervisione interna, oltre alle supervisioni congiunte con le DPS. **La componente formativa rivolta agli attori comunitari ha inoltre raggiunto una scala superiore a quella inizialmente prevista: a fronte di un target di 174 APE, sono stati complessivamente formati sulle DNT e COVID-19 e hanno superato il test finale 353 APE/ACS/ATP e attivisti, di cui 155 nel primo anno, 94 nel secondo e 104 nel terzo.** La documentazione disponibile non fornisce una disaggregazione per sesso del dato cumulativo; tra le attività documentate, lo scambio di esperienze realizzato a Sofala nel terzo anno ha coinvolto 30 attivisti, di cui 19 donne e 11 uomini**.** Le formazioni sono state facilitate da tecnici delle DPS e dei SDSMAS e accompagnate da attività di supervisione e aggiornamento. La

convergenza tra questi dati e le testimonianze istituzionali raccolte durante la valutazione supporta il **giudizio di una maggiore integrazione delle DNT nelle pratiche e nel dialogo tra istituzioni, strutture sanitarie e comunità, pur non consentendo di quantificare il grado di appropriazione**. A **livello nazionale sono emersi elementi di allineamento e collaborazione con il MISAU e con i programmi nazionali,** ma le evidenze disponibili consentono con minore certezza di stabilire fino a che punto singoli modelli sviluppati dai progetti siano stati formalmente incorporati nelle politiche o nei protocolli. È quindi opportuno non equiparare l'allineamento con le priorità nazionali a una piena istituzionalizzazione. **Un ulteriore elemento di appropriazione strategica e istituzionale riguarda la produzione e l'utilizzo delle evidenze.** Le iniziative hanno promosso collaborazioni tra istituzioni accademiche e di ricerca italiane e mozambicane, associando in alcuni casi ricerca, formazione e rafforzamento dei servizi. Tali collaborazioni hanno contribuito a sviluppare relazioni e capacità di ricerca che possono favorire una maggiore produzione e utilizzazione delle evidenze da parte delle istituzioni nazionali. **Le evidenze disponibili non consentono tuttavia di stabilire in quale misura tali capacità siano già state istituzionalizzate e utilizzate autonomamente nei processi ordinari di programmazione e decisione.**

Appropriazione operativa. L'appropriazione risulta evidente quando le pratiche introdotte sono state incorporate nelle modalità ordinarie di erogazione dei servizi. È il caso, per esempio, delle competenze e delle pratiche di *screening* e presa in carico delle DNT e, in Sofala, di alcune capacità sviluppate nell'ambito CACUM. La permanenza di tali pratiche nelle strutture visitate indica che alcune componenti dell'intervento non sono rimaste associate esclusivamente al progetto, ma sono entrate nella capacità operativa dei servizi. **Le brigate mobili di Inhambane costituiscono un ulteriore esempio di appropriazione operativa**. Nell'ambito di AID 11587/04/1 – TILL THE END e AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI, il modello è stato progressivamente integrato nelle modalità di erogazione dei servizi, coinvolgendo direttamente personale e programmi del sistema sanitario pubblico e incorporando nel tempo nuove componenti. Per AID 11817/04/06 – Espaço Aberto e AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare, **l'appropriazione riguarda l'integrazione di approcci rivolti agli adolescenti e ai giovani, all'attenzione alla dimensione psicosociale e alla collaborazione tra servizi e attori comunitari.** Le evidenze disponibili mostrano la permanenza di alcune di queste pratiche, ma non consentono di documentare con la stessa solidità per entrambe le iniziative il loro completo assorbimento nelle modalità ordinarie dei servizi. Ciò indica un riconoscimento del valore degli approcci sviluppati, ma rende più difficile stabilire fino a che punto essi siano stati pienamente assorbiti nelle risorse e nei meccanismi ordinari delle istituzioni. L'**esperienza del Cantinho** offre un ulteriore esempio di appropriazione operativa, poiché mostra la capacità dell'istituzione di modificare autonomamente un modello per renderlo compatibile con il proprio funzionamento e le risorse disponibili.

Appropriazione finanziaria. Le evidenze sono più deboli rispetto alle dimensioni strategico-istituzionale e operativa. L'integrazione di alcune pratiche nel funzionamento dei servizi non coincide infatti con la capacità delle istituzioni di sostenerne autonomamente i costi ricorrenti. A Inhambane, nell'ambito di AID 11587/04/1 – TILL THE END e AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI, le brigate mobili continuano a essere utilizzate e integrate nell'erogazione dei servizi, ma la loro operatività rimane condizionata dalla disponibilità di veicoli, carburante, manutenzione, personale, medicinali e altri input. Analogamente, nell'ambito di AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT, la permanenza delle competenze e di alcune pratiche di screening e presa in carico si accompagna a una riduzione degli attori comunitari ancora attivi e a vincoli nella disponibilità delle risorse necessarie per mantenere le attività di outreach e follow-up; a Moamba, dei 12 attivisti inizialmente identificati, 8 avevano completato la formazione e solo 2 risultavano ancora attivi al momento della valutazione, dato circoscritto al sito visitato e non generalizzabile all'intervento nel suo complesso. Anche per i servizi rivolti ad adolescenti e giovani, la continuità di alcune componenti non equivale necessariamente alla loro piena appropriazione finanziaria. Nell'ambito di AID 11817/04/06 – Espaço Aberto, alcune attività e funzioni sviluppate attraverso l'iniziativa sono proseguite oltre la

sua conclusione, ma con un'intensità ridotta o attraverso risorse rese disponibili da interventi successivi. La prosecuzione attraverso nuovi finanziamenti esterni documenta quindi la continuità e la persistente rilevanza di alcune funzioni, ma non la loro piena integrazione nei meccanismi ordinari di finanziamento del sistema sanitario pubblico.

Continuità e valorizzazione degli interventi precedenti. A Inhambane, la sequenza tra **AID 11587/04/1 – TILL THE END** e **AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI** mostra come strutture operative, competenze e relazioni istituzionali sviluppate attraverso un intervento possano essere valorizzate in quelli successivi. La continuità della presenza di Medicus Mundi e della collaborazione con le istituzioni sanitarie ha consentito di costruire su una base già consolidata, adattando e ampliando progressivamente il modello di intervento.

Nel complesso, l'appropriazione risulta quindi maggiormente documentata a livello provinciale, distrettuale e delle strutture sanitarie e nelle dimensioni strategico-istituzionale e operativa; risultano invece meno solide le evidenze di una piena istituzionalizzazione a livello nazionale e, soprattutto, di un'assunzione autonoma dei costi ricorrenti da parte del sistema sanitario pubblico.

Q4. Esiste appropriazione a livello comunitario?

Le evidenze raccolte indicano un **livello elevato di appropriazione comunitaria**, sebbene con intensità e modalità differenti tra le iniziative e i territori. Essa emerge soprattutto attraverso il riconoscimento dell'utilità dei servizi, la partecipazione degli attori comunitari, il rafforzamento del collegamento tra comunità e strutture sanitarie e, in alcuni casi, la continuità di pratiche e funzioni di accompagnamento oltre le attività direttamente sostenute dai progetti. L'appropriazione è maggiore laddove gli interventi hanno eliminato barriere concrete di accesso ai servizi e hanno attribuito agli attori comunitari un ruolo attivo, piuttosto che limitarne il coinvolgimento alla sola ricezione di informazioni.

L'appropriazione comunitaria emerge con particolare evidenza nei meccanismi di prossimità e di collegamento tra comunità e servizi sanitari. A Inhambane, le comunità consultate hanno espresso una forte valorizzazione delle brigate mobili sostenute attraverso **AID 11587/04/1 – TILL THE END** e **AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI**, apprezzando in particolare la possibilità di accedere ai servizi più vicino al luogo di residenza e di ridurre la necessità di spostarsi verso strutture sanitarie distanti. L'elevata domanda osservata nelle comunità visitate costituisce un ulteriore segnale del riconoscimento del modello da parte della popolazione.

Una dinamica analoga emerge rispetto al ruolo degli attivisti e degli altri attori comunitari, che hanno contribuito a consolidare il collegamento tra popolazione e sistema sanitario. Le evidenze raccolte mostrano che il loro ruolo non si limita alla sensibilizzazione, ma comprende informazione, orientamento e accompagnamento delle persone verso i servizi. Nell'ambito di **AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT**, gli attivisti consultati a Moamba e Matola continuano a essere riconosciuti dalle comunità come punti di riferimento; a Moamba hanno inoltre riferito una maggiore conoscenza dell'ipertensione, del diabete e dei relativi fattori di rischio e cambiamenti in alcune pratiche familiari, comprese le scelte alimentari e una maggiore attenzione al controllo della pressione e allo screening. Le autorità sanitarie hanno parallelamente evidenziato il rafforzamento delle relazioni tra strutture sanitarie e comunità e il coinvolgimento dei comitati di salute. **L'appropriazione comunitaria si manifesta quindi non solo nell'utilizzo dei servizi, ma anche nel riconoscimento e nella permanenza di meccanismi comunitari di collegamento con il sistema sanitario**.

L'appropriazione comunitaria (community ownership) può essere letta anche in termini di empowerment e, in una prospettiva basata sui diritti, come rafforzamento della capacità delle comunità di riconoscere ed esprimere i propri bisogni di salute e di richiedere la continuità dei servizi. Nei focus group con gli attivisti a Moamba è emerso, per esempio, che le comunità avevano imparato a riconoscere la loro presenza in occasione delle brigate e delle attività sanitarie

e che le interruzioni generavano preoccupazione rispetto alla continuità del supporto ricevuto. La richiesta di mantenere servizi e meccanismi comunitari considerati utili può quindi essere interpretata non soltanto come dipendenza dall'offerta, ma anche come una maggiore capacità di formulare una domanda nei confronti del sistema sanitario e di rivendicare l'accesso a servizi percepiti come necessari. In questa prospettiva, il riconoscimento e la richiesta del servizio rappresentano un segnale di empowerment comunitario e di maggiore consapevolezza del diritto alla salute. Al tempo stesso, le interlocuzioni con le istituzioni sanitarie hanno evidenziato che le interruzioni tra progetti hanno comportato una riduzione delle attività degli attivisti comunitari. Questo elemento non deve tuttavia essere interpretato automaticamente come una perdita dell'appropriazione comunitaria, che riguarda soprattutto la maggiore consapevolezza dei bisogni di salute, la fiducia verso il SSN e la capacità delle comunità di rivolgersi ai servizi sanitari. In questa prospettiva, la continuità delle attività degli attivisti non rappresenta di per sé l'obiettivo finale dell'intervento, mentre assume particolare rilevanza il consolidamento del rapporto tra comunità e servizi sanitari attraverso le figure professionali dei centri sanitari, sotto la responsabilità del MISAU.

Una delle manifestazioni più significative di appropriazione comunitaria riguarda alcuni giovani precedentemente coinvolti come beneficiari che hanno successivamente assunto ruoli di riferimento o di mentoring, contribuendo a loro volta al sostegno di altri giovani. Pur trattandosi di evidenze qualitative e circoscritte, questo passaggio da destinatari ad attori attivi indica che competenze, relazioni e valore attribuito all'esperienza sono stati almeno in parte riprodotti all'interno dello stesso gruppo destinatario.

Tuttavia, appropriazione comunitaria e capacità di sostenere autonomamente i servizi non coincidono. Le comunità possono riconoscere il valore di brigate mobili, attori comunitari, mentoring e altri servizi di prossimità e partecipare attivamente al loro funzionamento, senza disporre delle risorse necessarie a garantirne autonomamente la continuità. In particolare, nelle aree remote, la forte domanda nei confronti delle brigate mobili costituisce contemporaneamente un indicatore del loro riconoscimento da parte delle comunità e della vulnerabilità delle popolazioni qualora tali servizi venissero interrotti.

Q5. Ci sono stati cambiamenti di conoscenze, attitudini e pratiche in ambito sanitario nei gruppi beneficiari coinvolti?

Le evidenze qualitative raccolte indicano cambiamenti positivi soprattutto nelle conoscenze e, in misura più circoscritta, nelle attitudini e nelle pratiche sanitarie. Il giudizio deve tuttavia essere formulato con cautela, poiché le iniziative non dispongono, in maniera omogenea, di misurazioni longitudinali o indagini KAP che consentano di quantificare la diffusione e la permanenza di tali cambiamenti.

Nel progetto **AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT**, le testimonianze raccolte a Maputo e nelle comunità visitate mostrano una maggiore conoscenza di ipertensione, diabete e prevenzione oncologica e una maggiore consapevolezza dell'importanza dello screening e della continuità terapeutica. Il lavoro comunitario ha inoltre contribuito a contrastare alcune convinzioni che ostacolavano l'aderenza alle cure, favorendo il collegamento con le strutture sanitarie.

Sono emersi anche cambiamenti dichiarati nelle pratiche individuali e familiari. A titolo esemplificativo, alcuni attivisti hanno riferito modifiche dell'alimentazione, riduzione del consumo di alcol, maggiore attenzione al controllo della pressione e del diabete e ricorso allo screening per la prevenzione oncologica. Queste testimonianze sono rilevanti perché suggeriscono un passaggio dalla conoscenza alla pratica. Trattandosi ad ogni modo di cambiamenti autoriferiti da gruppi direttamente coinvolti nelle attività progettuali, non è possibile stabilirne la diffusione tra l'insieme dei beneficiari né attribuirli esclusivamente all'intervento.

Segnali di cambiamento emergono anche tra adolescenti e giovani coinvolti in AID 11817/04/06 – Espaço Aberto e AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare. Il supporto tra pari, gli spazi *youth-*

friendly e l'accompagnamento psicosociale hanno favorito una maggiore fiducia nei servizi, la richiesta di supporto e la continuità delle cure. In questo ambito, il cambiamento appare quindi riconducibile non soltanto all'acquisizione di conoscenze, ma anche a un diverso atteggiamento nei confronti della richiesta di aiuto e della relazione con i servizi.

Per le comunità rurali coinvolte in TILL THE END e PRoTeggiMI, le evidenze suggeriscono una maggiore familiarità con i servizi e con i percorsi di prevenzione, diagnosi e trattamento. Le evidenze disponibili sono tuttavia meno dirette rispetto ai cambiamenti comportamentali individuali; non sarebbe quindi corretto interpretare automaticamente l'utilizzo dei servizi come evidenza di un cambiamento stabile delle pratiche sanitarie.

Trasversalmente, le evidenze indicano che i cambiamenti sono stati favoriti quando la mobilitazione comunitaria non si è limitata alla trasmissione di informazioni, ma ha associato conoscenza, confronto sui rischi e sulle possibili soluzioni, accompagnamento e collegamento con i servizi. Il ruolo degli attivisti, dei mentori e degli altri attori comunitari sembra quindi essere stato rilevante nel favorire il passaggio dall'acquisizione di conoscenze alla loro applicazione nelle decisioni relative alla salute.

La traduzione delle conoscenze in pratiche rimane comunque condizionata dall'accessibilità e dalla capacità di risposta dei servizi: una maggiore consapevolezza e domanda di servizi non producono necessariamente cambiamenti duraturi quando persistono carenze di farmaci, attrezzature, personale o difficoltà nel raggiungere le strutture.

5.3 Efficacia

Le iniziative valutate mostrano un livello complessivamente positivo di efficacia, pur con differenze tra interventi, risultati e gruppi destinatari. Le evidenze quantitative e qualitative indicano il raggiungimento di risultati rilevanti nel rafforzamento delle competenze del personale sanitario e degli attori comunitari, nell'ampliamento e nella decentralizzazione dell'accesso ai servizi e nel miglioramento della presa in carico di specifici gruppi vulnerabili. Particolarmente rilevante è stata la capacità degli interventi di adattare le modalità di erogazione dei servizi ai diversi contesti e bisogni, attraverso servizi di prossimità, coinvolgimento degli attori comunitari e approcci differenziati per adolescenti e giovani. Il conseguimento dei risultati non è stato tuttavia uniforme: alcuni target sono stati raggiunti o superati, mentre vincoli legati alla disponibilità di personale, mezzi, attrezzature e altri input, insieme agli effetti della pandemia di COVID-19 e ad altri fattori di contesto, hanno limitato o rallentato il raggiungimento di alcuni risultati.

Q1. In che misura i risultati attesi sono stati raggiunti per ciascuno dei gruppi beneficiari?

Le evidenze analizzate indicano un livello complessivamente positivo di raggiungimento dei risultati attesi, sebbene con differenze tra iniziative, risultati e gruppi beneficiari. La documentazione finale mostra il raggiungimento o il superamento di numerosi target, mentre le evidenze qualitative raccolte durante la valutazione confermano, in diversi casi, la traduzione dei risultati nelle modalità di erogazione e utilizzo dei servizi. La possibilità di verificare quantitativamente il raggiungimento dei risultati non è tuttavia omogenea tra le cinque iniziative, anche in ragione dell'evoluzione degli approcci alla progettazione e al monitoraggio adottati nelle diverse edizioni del Global Fund 5%. In particolare, i progetti finanziati nelle edizioni 2018 e 2019, pur disponendo di un Quadro Logico, precedono l'introduzione dell'approccio RBM, adottato a partire dall'edizione 2020, e non presentano necessariamente lo stesso livello di definizione e misurabilità degli indicatori di risultato. Per alcune iniziative sono pertanto disponibili valori finali e target direttamente confrontabili, mentre per altre la documentazione consente soprattutto di ricostruire le attività realizzate, i beneficiari raggiunti e i risultati qualitativi. Tali differenze, riconducibili anche ai diversi requisiti metodologici previsti al momento della formulazione degli interventi, sono state considerate nel giudizio di efficacia.

AID 11817/04/06 – Espaço Aberto era rivolto principalmente ad adolescenti e giovani con HIV, con una specifica attenzione alle ragazze e alle giovani donne, e coinvolgeva inoltre personale sanitario, mentori e giovani health educators. Per gli adolescenti in cura, la documentazione finale fornisce evidenze quantitative particolarmente solide: al termine dell'intervento risultavano 2.728 adolescenti in trattamento antiretrovirale, rispetto a un target di 2.250, mentre il 93% aveva effettuato almeno una misurazione annuale della carica virale, a fronte di un target dell'80%. Nei sette centri dotati di servizi specifici per adolescenti, la retention mediana è aumentata dal 94,2% al 99,0% e la perdita media al follow-up per semestre si è ridotta dall'1,5% allo 0%. La dimensione di genere era esplicitamente incorporata nel disegno dell'intervento: il 52% dei 2.250 adolescenti previsti era costituito da ragazze e il progetto prevedeva inoltre 1.250 giovani donne con HIV tra 20 e 24 anni, destinatarie anche di componenti specifiche quali gruppi di supporto, counselling e percorsi professionalizzanti. I principali indicatori clinici non sono tuttavia sistematicamente disaggregati per sesso; non è quindi possibile verificare se i miglioramenti osservati nella *retention* e nella continuità della presa in carico siano stati equivalenti per ragazze e ragazzi.

Le evidenze qualitative raccolte confermano il valore attribuito ai servizi dedicati, ai mentori, ai gruppi di supporto e all'accompagnamento psicosociale. La rimodulazione realizzata durante la pandemia ha inoltre rafforzato il supporto psicologico continuativo, il mentoring, il counselling individuale e i gruppi di supporto; per le giovani donne sono state ampliate anche attività orientate all'autodeterminazione e all'indipendenza economica. La documentazione disponibile non consente tuttavia di disaggregare per sesso tutti i principali indicatori clinici sopra riportati; tale limite è particolarmente rilevante considerando la specifica vulnerabilità delle adolescenti e giovani donne all'HIV e l'attenzione esplicita dell'intervento alle barriere di genere.

Il raggiungimento di tali risultati assume particolare rilievo considerando che l'intervento è stato implementato durante la pandemia di COVID-19, che ha richiesto una rimodulazione di alcune attività pur consentendo la continuità delle principali prestazioni cliniche. I fattori che hanno favorito tale capacità di adattamento sono analizzati nella Q2.

AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare era rivolto a adolescenti e giovani, con particolare attenzione ai giovani HIV+, e coinvolgeva inoltre personale sanitario e attori impegnati nei servizi SAAJ, nel supporto psicologico e nella ricerca. La documentazione finale e la relativa verifica effettuata da AICS indicano un raggiungimento ampiamente positivo dei risultati, con valori superiori ai target per la quasi totalità degli indicatori. Fanno eccezione due indicatori: la percentuale di adolescenti e giovani HIV+ tra quelli testati nei SAAJ e la percentuale di adolescenti e giovani HIV+ con problemi di salute mentale tra coloro che accedevano al servizio di assistenza psicologica.

In entrambi i casi, lo scostamento appare legato anche a cambiamenti intervenuti nel contesto e nei sistemi di misurazione. Nel primo caso, l'aumento degli accessi e l'estensione del testing a una popolazione più ampia dopo la fase più critica della pandemia hanno modificato il denominatore dell'indicatore; nel secondo, l'adozione nazionale del nuovo protocollo di screening della salute mentale *Fica Bem* ha modificato le modalità di identificazione dei disturbi. AICS osserva ad ogni modo che tali tendenze erano già visibili nei rapporti intermedi e che sarebbe stato opportuno adeguare formalmente i valori target. Il mancato raggiungimento dei due target non equivale quindi a una mancata efficacia delle attività, ma evidenzia una debolezza nell'adattamento del sistema di monitoraggio ai cambiamenti interni intervenuti durante l'implementazione.

Le evidenze qualitative raccolte a Beira presso gli interlocutori istituzionali e il personale coinvolto nei servizi sono coerenti con questa lettura. L'intervento ha contribuito a mantenere e migliorare servizi rivolti a adolescenti e giovani HIV+, introducendo una maggiore attenzione alla salute mentale e al supporto psicosociale. In questo caso, quindi, la convergenza tra risultati documentati e testimonianze raccolte permette di formulare un giudizio positivo, pur mantenendo esplicita l'eccezione rappresentata dai due indicatori non pienamente raggiunti.

AID 11587/04/1 – TILL THE END e AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI si sono rivolti alle popolazioni delle comunità remote di Inhambane, con particolare attenzione alle persone esposte o affette da HIV e TB e, nel secondo intervento, alle donne in gravidanza e alla prevenzione della trasmissione verticale; entrambi hanno inoltre coinvolto personale sanitario e attori comunitari. I due progetti si collocano in una traiettoria sequenziale di rafforzamento dei servizi di prossimità a Inhambane: AID 11587/04/1 – TILL THE END ha concentrato l'intervento sull'accesso alla prevenzione, diagnosi e trattamento di HIV e TB, mentre PRoTeggiMI ha successivamente ampliato il modello integrandovi la componente PMTCT.

Per AID 11587/04/1 – TILL THE END, i risultati quantitativi documentano il rafforzamento dell'accesso alla diagnosi di TB e HIV nelle comunità remote. Nonostante le interruzioni delle attività di outreach e delle prestazioni cliniche delle brigate mobili durante la pandemia, nella seconda annualità oltre **18.134 persone** sono state sottoposte a screening clinico per la TB; tra i casi sospetti sono stati raccolti **726 campioni** e complessivamente **95 persone hanno ricevuto una diagnosi di TB**, di cui 34 con conferma batteriologica. L'utilizzo dei dispositivi GeneXpert Edge ha consentito di effettuare **710 analisi**, con **32 risultati positivi**. Parallelamente, nell'ambito dei servizi di counselling e diagnosi dell'HIV sono stati realizzati complessivamente **12.715 test HIV**, con **257 risultati positivi (2,0%)**.

Il progetto ha inoltre rafforzato la continuità della presa in carico della TB: nella seconda annualità **56 pazienti** sono stati supportati nel follow-up, **18** hanno ricevuto il trattamento attraverso i point of care comunitari e **116** sono stati interessati da attività di ricerca attiva e/o counselling domiciliare. Le evidenze qualitative raccolte a Inhambane confermano la rilevanza di queste modalità di prossimità nel ridurre la distanza tra comunità remote e servizi sanitari e nel favorire diagnosi e continuità del trattamento. La disponibilità di dati disaggregati per sesso è disomogenea tra le cinque iniziative e non consente pertanto un confronto sistematico dei risultati tra donne e uomini per l'intero portafoglio.

Per AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI, i dati finali documentano un'ampia copertura dei servizi di prossimità e il raggiungimento o superamento di diversi risultati attesi. Complessivamente, le attività riferite al Risultato 1 hanno raggiunto 206.476 beneficiari diretti; sono state realizzate 2.214 sessioni di sensibilizzazione, con 57.563 partecipanti, a fronte delle 1.600 sessioni e dei 60.000 partecipanti inizialmente previsti. Sono stati inoltre effettuati 26.738 test HIV nel settore ATS/UATS e 6.675 nel settore SMI.

I risultati sono particolarmente rilevanti per le donne in gravidanza e allattamento e per i bambini esposti all'HIV. Il progetto ha raggiunto 489 beneficiari diretti nell'ambito del Risultato 2, rispetto ai 400 previsti: 276 donne HIV+ in gravidanza o allattamento hanno usufruito dei servizi di Consulta Integrada e 213 bambini esposti all'HIV dei servizi di CCR[58]. Il risultato mostra quindi una capacità specifica dell'intervento di raggiungere donne HIV+ in gravidanza e allattamento nelle comunità remote, gruppo esposto contemporaneamente a barriere territoriali e a specifiche vulnerabilità connesse alla continuità della PMTCT. I dati disponibili non consentono tuttavia un confronto F/M per questa componente, essendo per sua natura rivolta principalmente alle donne e ai bambini esposti.

Anche per la presa in carico delle persone HIV+ e l'integrazione HIV/TB emergono risultati significativi, sebbene non tutti i target relativi al numero di beneficiari siano stati raggiunti. Complessivamente, **1.252 pazienti HIV+**, adulti e bambini, hanno effettuato almeno una visita nell'ambito delle brigate/TARV mobili. Sono state realizzate **6.657 visite a pazienti HIV+**, rispetto alle 3.000 previste, e **610 chiamate o visite domiciliari** per il follow-up, rispetto alle 500 previste.

[58] Durante i due anni sono stati inoltre raccolti e analizzati 381 campioni per la diagnosi precoce dei bambini esposti mediante PCR, di cui 191 mediante m-PIMA, e 1.106 campioni per la carica virale, di cui 74 analizzati mediante m-PIMA.

La percentuale di persone HIV+ in TARV sottoposte a screening per TB ha raggiunto il **96,8%**, superando il target finale del **95%**.

Il numero complessivo di pazienti HIV+ raggiunti è risultato invece inferiore alle stime iniziali. La documentazione collega questo scostamento soprattutto alla progressiva espansione dei servizi TARV nei Centri di Salute e all'introduzione da parte del MISAU di ulteriori modelli comunitari di distribuzione degli antiretrovirali, che hanno ridotto il numero di persone dipendenti dalle brigate mobili. Il mancato raggiungimento di questo target deve quindi essere letto insieme all'elevato volume di prestazioni erogate ai pazienti effettivamente raggiunti.

Le evidenze qualitative raccolte a Inhambane sono coerenti con questi risultati quantitativi: personale sanitario, attori comunitari e comunità consultate hanno evidenziato l'importanza delle brigate nell'avvicinare prevenzione, diagnosi, trattamento e follow-up alle popolazioni delle aree remote. La valutazione ha inoltre riscontrato la permanenza dell'integrazione delle componenti HIV, TB e PMTCT nel modello di prossimità.

Per AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT, i principali gruppi beneficiari comprendevano il personale sanitario, gli attori comunitari e la popolazione raggiunta dalle attività di prevenzione, screening e presa in carico, con una specifica componente rivolta alle donne attraverso CACUM. Per il personale sanitario, l'intervento ha rafforzato le competenze relative allo screening, alla diagnosi e alla gestione delle DNT e, nell'ambito CACUM, alla prevenzione e al trattamento delle lesioni precancerose. Secondo la rendicontazione finale del progetto, sono stati formati 413 operatori sanitari, pari al 154% del target previsto, e attrezzate 14 unità sanitarie, raggiungendo integralmente l'obiettivo programmato. Nelle strutture visitate in Sofala, il personale sanitario ha confermato che la combinazione tra competenze acquisite e disponibilità delle apparecchiature ha consentito di realizzare a livello decentrato prestazioni che precedentemente richiedevano il riferimento ad altri livelli del sistema.

Per la popolazione beneficiaria, il progetto ha registrato 58.902 screening per il diabete (140% del target) e 563.581 misurazioni per l'ipertensione (120% del target). Questi valori si riferiscono alle prestazioni effettuate e non al numero di persone distinte raggiunte. Nell'ambito della prevenzione del cancro del collo dell'utero, 103.062 donne sono state sottoposte a screening (98% del target) e sono stati effettuati 4.283 trattamenti mediante crioterapia o termocoagulazione. Sono stati inoltre realizzati 218 trattamenti LEEP. I dati evidenziano inoltre una differenza di genere nella continuità terapeutica. Le donne rappresentavano il 71% delle persone diagnosticate, ma la retention a 12 mesi era del 35% tra le donne rispetto al 47% tra gli uomini. Il maggiore accesso delle donne alla diagnosi non si è quindi tradotto in una continuità terapeutica equivalente; i dati disponibili non consentono tuttavia di identificare le cause del divario osservato.

Per gli attori comunitari, i risultati quantitativi hanno superato quanto inizialmente previsto: A fronte di un target iniziale di 174 APE, la documentazione finale riporta complessivamente 353 APE/ACS/ATP e attivisti formati sulle DNT e COVID-19 che hanno superato il test finale. La rendicontazione progettuale riporta inoltre 724.097 persone raggiunte dalle attività di sensibilizzazione nel secondo e terzo anno, comprese 4.675 persone con disabilità nel terzo anno. Le evidenze qualitative raccolte a Moamba e Matola mostrano inoltre l'utilizzo delle competenze acquisite nell'informazione sulle DNT, nell'orientamento verso lo screening e nell'accompagnamento delle persone ai servizi. Il dato cumulativo delle persone formate non è tuttavia disaggregato per sesso, limitando la possibilità di analizzare eventuali differenze di genere nei risultati della componente comunitaria.

Nell'ambito del rafforzamento dei sistemi di raccolta e monitoraggio dei dati sulle DNT, la rendicontazione finale documenta la dotazione di registri in 14 unità sanitarie, raggiungendo il target previsto, e la formazione di 212 operatori sulla raccolta dei dati, a fronte di un target di 200. Nel terzo anno, tutte le unità sanitarie coinvolte risultavano trasmettere i dati previsti dal progetto. Questi

risultati indicano un rafforzamento delle capacità di registrazione e monitoraggio delle DNT nelle strutture sostenute dall'intervento.

Al di là dei risultati quantitativi raggiunti, le evidenze indicano un rafforzamento della conoscenza delle DNT e dell'importanza della prevenzione e dei controlli, ma mostrano anche i limiti della traduzione della domanda generata in accesso effettivo alla diagnosi e al trattamento. Come evidenziato dagli interlocutori istituzionali e dalla documentazione dell'intervento, l'aumento dello screening non si è sempre tradotto proporzionalmente in nuove diagnosi, anche a causa della capacità limitata dei servizi di rispondere all'aumento della domanda. L'efficacia dell'approccio comunitario dipende pertanto dall'intera catena che collega informazione, domanda, screening, diagnosi, riferimento e continuità della presa in carico.

Trasversalmente alle iniziative, il rafforzamento delle capacità ha prodotto risultati più evidenti quando la formazione è stata associata a supervisione, disponibilità di strumenti e applicazione pratica delle competenze. L'efficacia dell'investimento formativo emerge quindi non soltanto dal numero di persone raggiunte, ma soprattutto dalla traduzione delle competenze acquisite in pratiche e servizi effettivamente erogati.

Q2. Quali fattori, inclusi quelli climatici, hanno favorito o ostacolato il raggiungimento dei risultati e l'accesso ai servizi?

Le evidenze raccolte mostrano che il raggiungimento dei risultati e l'accesso ai servizi sono stati condizionati da fattori esterni riconducibili principalmente alle caratteristiche organizzative del sistema sanitario, al contesto istituzionale, alle condizioni territoriali e infrastrutturali, ai fattori sociali e di genere e a fattori contestuali.

Tali condizioni hanno agito, a seconda dei contesti, come fattori abilitanti o limitanti, come sintetizzato nella tabella seguente.

Tabella 4. Condizioni abilitanti e limitanti per tipologia di fattore esterno

Tipologia di fattore esterno	Condizioni abilitanti	Condizioni limitanti
Organizzativi / sistema sanitario	Disponibilità e stabilità del personale sanitario; possibilità di applicare le competenze acquisite; disponibilità delle risorse necessarie all'erogazione dei servizi	Carenza e turnover del personale; carichi di lavoro; disponibilità discontinua di attrezzature, medicinali, consumabili, veicoli e carburante
Istituzionali	Supporto e collaborazione delle autorità sanitarie; continuità degli interlocutori istituzionali; coordinamento tra i diversi livelli del sistema	Tempi e procedure amministrative e autorizzative, inclusi i processi di approvazione etica, che nelle iniziative di durata più breve possono ridurre significativamente il periodo effettivamente disponibile per l'implementazione
Territoriali e infrastrutturali	Maggiore accessibilità delle comunità e delle strutture; disponibilità di trasporti e adeguate condizioni delle vie di accesso	Grandi distanze; isolamento delle comunità; costi di trasporto; difficoltà logistiche e di accesso alle aree remote
Sociali e di genere	Accettazione dei servizi da parte delle comunità; sostegno familiare e comunitario all'accesso e alla continuità delle cure	Povertà; stigma; norme e relazioni di genere che limitano autonomia e mobilità; altre barriere familiari e sociali

Contestuali	Condizioni sufficientemente stabili per garantire mobilità, attività comunitarie e funzionamento dei servizi	Pandemia di COVID-19; emergenze e altri shock; eventi climatici estremi, che possono aggravare le difficoltà territoriali e logistiche e determinare la riallocazione di risorse pubbliche verso la risposta emergenziale

Fattori organizzativi e del sistema sanitario. La disponibilità e la stabilità del personale e delle risorse necessarie all'erogazione dei servizi hanno condizionato trasversalmente l'efficacia degli interventi. Le evidenze mostrano che le competenze sviluppate hanno trovato maggiore applicazione nelle strutture in cui il personale formato disponeva delle attrezzature e degli input necessari, mentre turnover, trasferimenti e carichi di lavoro ne hanno limitato l'utilizzo. Nell'ambito di **AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT**, ad esempio, l'aumento della sensibilizzazione e dello screening non ha sempre potuto tradursi in diagnosi e presa in carico quando le strutture non disponevano di attrezzature, materiali diagnostici o medicinali adeguati. Analogamente, a Inhambane la disponibilità di personale, veicoli e carburante ha condizionato la regolarità con cui i servizi potevano raggiungere le comunità remote.

Fattori istituzionali. Il supporto delle autorità sanitarie e la continuità delle relazioni tra partner e istituzioni hanno facilitato l'implementazione, soprattutto laddove esistevano rapporti di collaborazione già consolidati. A Inhambane, **AID 11587/04/1 – TILL THE END** e **AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI** hanno beneficiato della continuità della collaborazione tra Medicus Mundi e i servizi sanitari provinciali e distrettuali. Al contrario, i tempi delle procedure amministrative e autorizzative hanno rappresentato un fattore limitante quando si sono combinati con una durata progettuale relativamente breve. In **AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI**, iniziativa della durata di 24 mesi, la preparazione del protocollo di ricerca, due cambiamenti del referente locale durante il primo anno e i diversi mesi necessari per ottenere l'approvazione del Comitato Etico del MISAU hanno ridotto il tempo effettivamente disponibile per la componente di ricerca, contribuendo al mancato completamento della pubblicazione scientifica prevista entro la conclusione del progetto. L'effetto dei tempi istituzionali sull'efficacia dipende quindi anche dalla loro proporzione rispetto alla durata complessiva dell'intervento: lo stesso ritardo assume un peso maggiore nei progetti brevi e nelle componenti, come la ricerca, che richiedono sequenze autorizzative non comprimibili.

Fattori territoriali e infrastrutturali. Distanza, isolamento e costi di trasporto hanno rappresentato importanti barriere all'accesso, soprattutto per le popolazioni rurali e remote. Il loro peso emerge con particolare chiarezza a Inhambane, dove **AID 11587/04/1 – TILL THE END** e **AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI** hanno dovuto ricorrere ai servizi mobili proprio per raggiungere comunità lontane dalle strutture sanitarie. Le brigate mobili hanno ridotto la barriera geografica, senza tuttavia eliminarne le cause: la possibilità di raggiungere regolarmente le comunità è rimasta condizionata dalle distanze, dalle condizioni delle vie di accesso e dalla disponibilità di trasporto e risorse per la mobilità.

Fattori sociali e di genere. Povertà, stigma, dinamiche familiari e norme socioculturali hanno condizionato in modo differenziato l'accesso, la partecipazione e la continuità delle cure, in particolare nell'ambito dei servizi HIV e PMTCT e degli interventi rivolti ad adolescenti e giovani. Nell'ambito di AID 11817/04/06 – Espaço Aberto, è emerso che alcune giovani donne incontravano ostacoli alla partecipazione alle attività a causa delle restrizioni poste dai mariti, mostrando concretamente come l'autonomia decisionale e le relazioni di genere possano limitare l'accesso anche quando i servizi sono disponibili. Anche AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI identifica tra le barriere lo stigma associato all'HIV e la limitata autonomia di alcune donne nelle decisioni relative alla propria salute, fattori che possono incidere sull'accesso e sulla continuità del percorso di cura. Più in generale, le evidenze raccolte indicano che il sostegno familiare e comunitario ha facilitato l'utilizzo dei servizi, mentre stigma, vulnerabilità economica e vincoli sociali hanno continuato a rappresentare barriere per alcuni gruppi. Le evidenze disponibili non consentono invece di

identificare con sufficiente precisione in quali servizi o attività gli uomini siano stati sistematicamente meno raggiunti, né di determinarne le cause. La minore partecipazione maschile non può pertanto essere assunta come un risultato generalizzabile alle cinque iniziative.

Fattori contestuali. La pandemia di COVID-19 ha rappresentato il principale shock esterno comune alle iniziative, incidendo sulla mobilità, sulle attività comunitarie e sull'organizzazione dei servizi. In **AID 11587/04/1 – TILL THE END**, le attività di *outreach* e le prestazioni cliniche delle brigate mobili hanno subito interruzioni; in **AID 11817/04/06 – Espaço Aberto**, le restrizioni alle attività aggregative e la chiusura delle scuole hanno richiesto una rimodulazione delle modalità di accompagnamento, pur consentendo la prosecuzione delle principali prestazioni cliniche. Le condizioni climatiche e gli eventi estremi costituiscono un ulteriore elemento rilevante del contesto mozambicano. Oltre ad aggravare l'isolamento, le difficoltà di trasporto e l'accessibilità delle strutture, le emergenze possono incidere indirettamente sulla capacità del sistema sanitario di garantire i servizi ordinari, determinando la riallocazione di risorse pubbliche verso la risposta emergenziale. Le interlocuzioni con gli attori istituzionali hanno evidenziato come tale pressione sulle risorse possa ridurre quelle disponibili per servizi e attività complementari alle iniziative valutate. Le evidenze non consentono tuttavia di quantificare l'effetto di specifici eventi climatici sul raggiungimento dei risultati delle cinque iniziative; mostrano piuttosto come gli shock climatici possano amplificare vulnerabilità territoriali, logistiche e finanziarie già esistenti nel sistema sanitario.

Nel complesso, l'efficacia delle iniziative e l'accesso ai servizi sono risultati fortemente condizionati dal contesto nel quale gli interventi hanno operato. I risultati sono stati favoriti dalla disponibilità e stabilità delle risorse del sistema sanitario, dal sostegno delle istituzioni, da condizioni territoriali più accessibili e da contesti sociali favorevoli all'utilizzo dei servizi; gli stessi ambiti hanno rappresentato fattori limitanti quando caratterizzati da carenze di personale e risorse, procedure istituzionali prolungate, isolamento geografico, povertà, stigma o barriere di genere. La pandemia di COVID-19 ha costituito il principale shock esterno documentato. **Per i fattori climatici, pur non essendo possibile quantificarne uno specifico effetto sui risultati delle iniziative, le evidenze indicano possibili effetti sia diretti sull'accessibilità e sulla logistica sia indiretti sulla disponibilità di risorse, quando le emergenze determinano la riallocazione di fondi pubblici dalla continuità dei servizi ordinari alla risposta emergenziale**.

Q3. Come sono stati percepiti i cambiamenti dai differenti gruppi di beneficiari e dagli operatori?

Le evidenze qualitative raccolte mostrano una percezione complessivamente positiva dei cambiamenti associati alle iniziative, sia da parte delle comunità e dei beneficiari sia da parte degli operatori sanitari, degli attivisti e degli attori istituzionali consultati. Le dimensioni maggiormente valorizzate differiscono in funzione della posizione degli *stakeholder*: i beneficiari e le comunità tendono a sottolineare soprattutto la maggiore accessibilità e prossimità dei servizi, la continuità dell'assistenza e la relazione di fiducia con gli operatori; il personale sanitario e gli attivisti evidenziano maggiormente l'acquisizione di competenze, la disponibilità di nuovi strumenti e il miglioramento delle modalità di organizzazione e presa in carico; gli interlocutori istituzionali e i partner attribuiscono particolare importanza all'integrazione degli interventi nel sistema sanitario pubblico e al rafforzamento delle capacità dei servizi.

Beneficiari e comunità. Le percezioni raccolte sono complessivamente positive e riguardano soprattutto l'accessibilità dei servizi e la qualità della relazione con gli operatori. Nelle comunità remote di Inhambane è stata particolarmente valorizzata la possibilità di ricevere assistenza più vicino al luogo di residenza, riducendo la necessità di spostarsi verso strutture sanitarie distanti. Le visite nelle comunità hanno confermato che distanza, costi di trasporto e limitata disponibilità di mezzi costituiscono barriere concrete all'accesso e che, in alcuni contesti rurali, tali vincoli incidono anche sulle decisioni relative alla ricerca di cure materne e al luogo del parto. Nell'ambito di **AID**

012168/01/9 – PRoTeggiMI, questa dimensione assume particolare rilievo per le donne HIV+ in gravidanza o allattamento, considerate esplicitamente tra i gruppi destinatari dei servizi di prossimità e della componente PMTCT. Nei siti interessati da **AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT**, gli attivisti hanno invece sottolineato le conoscenze acquisite su ipertensione, diabete e prevenzione e il rafforzamento del collegamento con le strutture sanitarie. Tra adolescenti e giovani coinvolti in **AID 11817/04/06 – Espaço Aberto**, assumono particolare rilievo l'ascolto, il supporto psicosociale e la disponibilità di figure di riferimento; per le ragazze e le giovani donne, le evidenze raccolte richiamano inoltre l'importanza delle barriere familiari e di genere che possono condizionare l'accesso e la continuità della partecipazione.

Operatori sanitari e attori comunitari. Gli operatori percepiscono i cambiamenti soprattutto in termini di maggiore capacità di rispondere ai bisogni incontrati nella pratica. Nell'ambito di **AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT**, il personale sanitario ha valorizzato in particolare la combinazione tra competenze acquisite e disponibilità di strumenti, che ha consentito di applicare concretamente quanto appreso. Nei servizi rivolti ad adolescenti e giovani sono state invece richiamate soprattutto le competenze di ascolto, orientamento e accompagnamento, nonché la capacità di riconoscere bisogni che vanno oltre la dimensione strettamente clinica. Gli attivisti comunitari hanno valorizzato sia le competenze acquisite sia la possibilità di utilizzarle nell'informazione, nell'orientamento e nell'accompagnamento delle persone verso i servizi.

Istituzioni e partner. Gli interlocutori istituzionali e i partner di implementazione tendono a valorizzare soprattutto il rafforzamento delle capacità dei servizi e l'integrazione delle competenze e delle modalità operative nelle strutture esistenti. **Nel complesso, non emergono divergenze sostanziali sulla direzione dei cambiamenti, ma differenze nelle dimensioni maggiormente valorizzate:** accessibilità e relazione con i servizi per comunità e beneficiari; capacità di risposta per operatori sanitari e attori comunitari; rafforzamento dei servizi per istituzioni e partner. Accanto al giudizio positivo emerge una percezione condivisa di fragilità rispetto alla continuità di alcune funzioni quando vengono meno personale, risorse operative o finanziamenti.

Nel confronto tra i differenti gruppi di stakeholder, non emergono divergenze sostanziali rispetto alla direzione dei cambiamenti, quanto piuttosto differenze nelle dimensioni considerate più importanti. Le comunità attribuiscono maggiore valore all'accessibilità, alla prossimità e alla continuità del servizio; gli adolescenti e i giovani anche alla qualità della relazione, all'ascolto e al supporto psicosociale; gli attivisti alla capacità di accompagnare e orientare le persone; il personale sanitario alle competenze, agli strumenti e all'organizzazione della presa in carico; le istituzioni e i partner all'integrazione degli interventi e al rafforzamento complessivo dei servizi. La convergenza di queste prospettive rafforza il giudizio positivo sull'efficacia, pur evidenziando che la qualità percepita dei cambiamenti rimane condizionata dalla capacità del sistema sanitario di garantire continuità delle risorse e dell'offerta.

Le percezioni rilevate hanno una natura qualitativa e non costituiscono una misura statisticamente rappresentativa della soddisfazione dell'intera popolazione beneficiaria. La loro ricorrenza tra differenti categorie di stakeholder e territori consente tuttavia di identificare convergenze e differenze nelle modalità con cui i cambiamenti sono stati percepiti dai gruppi consultati.

5.4 Coerenza

Le cinque iniziative presentano un elevato grado di coerenza con le priorità del settore sanitario mozambicano e con gli orientamenti della Cooperazione Italiana e dell'Agenda 2030. Gli interventi risultano allineati sia rispetto alle priorità sanitarie affrontate (HIV, TB, PMTCT, salute di adolescenti e giovani e malattie non trasmissibili) sia rispetto agli approcci promossi a livello nazionale, in particolare rafforzamento del sistema sanitario pubblico, decentramento e integrazione dei servizi, sviluppo delle capacità e collegamento tra comunità e strutture sanitarie. Per le iniziative finanziate attraverso il meccanismo italiano del 5%, emerge inoltre una sostanziale coerenza con le priorità

del Global Fund. La coerenza risulta quindi particolarmente solida sul piano strategico e programmatico, pur con livelli e modalità di raccordo differenti tra le singole iniziative.

Q1. In che misura gli interventi sono stati coerenti con le politiche, le strategie e i piani nazionali del settore salute del Governo del Mozambico? In che misura sono risultati allineati con gli orientamenti della Cooperazione Italiana, con le priorità del Global Fund e con gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, in particolare l'OSS 3 e gli altri OSS pertinenti?

Le evidenze documentali e qualitative indicano un elevato grado di coerenza strategica delle cinque iniziative con le politiche e i programmi del settore sanitario mozambicano, con gli orientamenti della Cooperazione Italiana e con l'Agenda 2030. Per le quattro iniziative finanziate attraverso il meccanismo italiano del 5%, un ulteriore livello di coerenza riguarda il Global Fund. Tale coerenza riguarda sia gli ambiti tematici selezionati (HIV, tubercolosi, prevenzione della trasmissione verticale, salute di adolescenti e giovani, malattie non trasmissibili e salute comunitaria) sia le modalità di intervento, fondate prevalentemente sul rafforzamento dei servizi pubblici, sul decentramento dell'assistenza, sul *capacity building* e sul collegamento tra strutture sanitarie e comunità.

Livello nazionale

A livello nazionale, le iniziative sono coerenti con il Piano Strategico del Settore Salute (PESS), che individua tra le priorità la riduzione del peso delle malattie trasmissibili, comprese HIV e tubercolosi, il contenimento della crescente incidenza delle malattie non trasmissibili e il rafforzamento dell'assistenza sanitaria di base. Il portafoglio valutato traduce questi orientamenti in interventi differenziati ma complementari, rivolti alla prevenzione, diagnosi, trattamento e continuità delle cure, al rafforzamento delle competenze del personale sanitario e alla riduzione delle barriere territoriali e sociali nell'accesso ai servizi.

Più specificamente, AID 11587/04/1 – TILL THE END e AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI si collocano direttamente nel quadro del Programma Nazionale di Controllo dell'HIV e della Tubercolosi e, nel caso di PRoTeggiMI, anche dei programmi di Salute Materno-Infantile e di Prevenzione della Trasmissione Verticale dell'HIV (PTV/PMTCT). La documentazione di AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI identifica esplicitamente questi programmi ministeriali come il quadro nazionale all'interno del quale il progetto intendeva rafforzare ed espandere attività già previste. **AID 11587/04/1 – TILL THE END** e **AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI** risultano coerenti con le priorità e gli approcci dei programmi nazionali relativi a HIV e TB e, nel caso di PRoTeggiMI, anche con quelli relativi alla Salute Materno-Infantile e alla Prevenzione della Trasmissione Verticale dell'HIV (PTV/PMTCT). **La coerenza è riscontrabile anche a livello operativo, attraverso il raccordo con i programmi e le strutture del MISAU ai livelli provinciale e distrettuale**.

AID 11817/04/06 - Espaço Aberto e AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare si collocano invece soprattutto nell'intersezione tra la risposta nazionale all'HIV e i servizi specificamente rivolti a adolescenti e giovani. Espaço Aberto ha rafforzato, all'interno di sette strutture sanitarie, la presa in carico clinica e diagnostica degli adolescenti con HIV, l'aderenza alla terapia, il monitoraggio della carica virale e il collegamento tra trattamento e supporto psicosociale, operando secondo i protocolli del MISAU. AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare ha operato più direttamente attraverso i SAAJ – Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens, rafforzando l'accesso di adolescenti e giovani HIV+ a servizi di prevenzione, diagnosi precoce, trattamento, follow-up e assistenza psicologica nel contesto della pandemia. Il progetto collegava inoltre esplicitamente il proprio obiettivo all'OSS 3.3 e all'Obiettivo Strategico 1 del Global Fund, relativo alla massimizzazione dell'impatto contro HIV, TB e malaria.

L'iniziativa AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT è coerente con il Piano Strategico Multisettoriale di Prevenzione e Controllo delle Malattie Non Trasmissibili 2020–2029 del MISAU. L'intervento ha agito su alcune delle principali componenti di tale agenda – diabete, ipertensione e

prevenzione del cancro della cervice – attraverso formazione del personale, screening e diagnosi precoce, organizzazione dei percorsi di presa in carico e mobilitazione comunitaria.

AID 11817/04/06 – Espaço Aberto e **AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare** risultano coerenti con la risposta nazionale all'HIV rivolta ad adolescenti e giovani e con l'approccio dei **SAAJ – Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens**, che promuove servizi differenziati e adeguati alle esigenze di questa fascia di popolazione. L'allineamento emerge dall'integrazione degli interventi nelle strutture e nei servizi pubblici esistenti, dall'applicazione dei protocolli del MISAU e dall'attenzione alla continuità del trattamento e alle dimensioni psicosociali che possono condizionare l'accesso e l'aderenza alle cure. **La coerenza riguarda quindi non soltanto la priorità sanitaria affrontata, ma anche il modello nazionale di erogazione dei servizi rivolti ad adolescenti e giovani.**

Global Fund.

Quattro delle cinque iniziative sono state finanziate attraverso il meccanismo italiano del 5%, la cui logica è quella di realizzare interventi sinergici e complementari rispetto ai programmi sostenuti dal Fondo. Le iniziative HIV/TB risultano in particolare coerenti con alcune priorità ricorrenti della strategia del Global Fund: aumento dell'accesso ai servizi essenziali; riduzione della trasmissione verticale dell'HIV; integrazione TB/HIV; attenzione a ragazze adolescenti e giovani donne; rimozione delle barriere legate a genere e diritti umani; rafforzamento di sistemi sanitari resilienti e sostenibili attraverso capacità degli operatori, diagnostica e sistemi di supporto. PRoTeggiMI prevedeva inoltre esplicitamente il coordinamento con Principal Recipients, Sub-Recipients e Country Coordinating Mechanism (CCM). Anche AID 11817/04/06 - Espaço Aberto ha mantenuto un raccordo diretto con il CCM durante l'implementazione.

Cooperazione Italiana

La coerenza risulta elevata anche rispetto agli orientamenti della Cooperazione Italiana. Il PIP Mozambico 2022–2026 identifica la salute tra i principali settori prioritari e integra trasversalmente uguaglianza di genere e riduzione delle disuguaglianze. L'approccio italiano nel settore sanitario privilegia il rafforzamento del Sistema Sanitario Nazionale, il consolidamento delle capacità istituzionali e professionali, il miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari essenziali e modelli di assistenza integrata orientati alle popolazioni più vulnerabili. Questo orientamento trova una corrispondenza diretta nel portafoglio valutato: integrazione con le strutture pubbliche, rafforzamento del personale, decentramento e prossimità dei servizi, attenzione ai gruppi vulnerabili e costruzione di partenariati con istituzioni nazionali e locali.

SDGs

Gli interventi valutati risultano principalmente coerenti con l'OSS 3 – Salute e benessere e con diversi suoi target. Il target **3.3**, relativo alla lotta contro AIDS, tubercolosi e altre malattie trasmissibili, è direttamente pertinente alle quattro iniziative focalizzate su HIV e/o TB ed è richiamato esplicitamente da **AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare**. **AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT** si collega invece al target **3.4**, relativo alla riduzione della mortalità prematura da malattie non trasmissibili attraverso prevenzione e trattamento. Sono inoltre pertinenti il target **3.1**, relativo alla riduzione della mortalità materna, e il target **3.7**, relativo all'accesso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva, in relazione alle componenti di salute materno-infantile e PMTCT. Il portafoglio presenta infine collegamenti con l'**OSS 5 – Uguaglianza di genere**, per l'attenzione alle barriere che condizionano l'accesso delle ragazze e delle giovani donne ai servizi, e con l'**OSS 10 – Ridurre le disuguaglianze**, per l'attenzione alle popolazioni vulnerabili e alle disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi sanitari.

Q2. In che misura i diversi progetti della valutazione sono stati complementari e/o coerenti tra di loro?

Le evidenze raccolte indicano un buon livello di complementarità sostanziale tra le iniziative, particolarmente evidente quando i progetti si sono succeduti negli stessi territori, sono stati implementati dagli stessi attori o hanno rafforzato componenti diverse di una medesima risposta sanitaria. Tale complementarità appare tuttavia più chiaramente come il risultato di una continuità territoriale, istituzionale e tematica che come effetto di una programmazione coordinata delle cinque iniziative considerate come un unico portafoglio: le evidenze disponibili, infatti, non indicano l'esistenza di un meccanismo sistematico di coordinamento strategico tra tutti i cinque progetti.

L'esempio più pertinente di complementarità risultante da continuità temporale, geografica e tematica è dato dai progetti. AID 11587/04/1 – TILL THE END e AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI nella Provincia di Inhambane. Le due iniziative condividono la stessa area geografica, una parte rilevante degli interlocutori istituzionali e un approccio basato sul decentramento dei servizi attraverso brigate mobili e meccanismi comunitari. AID 11587/04/1 – TILL THE END era focalizzato sul miglioramento dell'accesso alla prevenzione, diagnosi e trattamento di HIV e tubercolosi nelle comunità remote, con particolare attenzione alla diagnosi della TB e alla possibilità di avviare il trattamento a livello comunitario. AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI ha successivamente ampliato questa traiettoria integrando maggiormente la prevenzione della trasmissione verticale dell'HIV, i servizi di salute materno-infantile e il continuum HIV/TB nelle brigate mobili.

Le interviste realizzate a Inhambane confermano una complementarità anche temporale tra gli interventi: le componenti sviluppate attraverso **AID 11587/04/1 – TILL THE END** sono state progressivamente ampliate in **AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI** e in interventi successivi, valorizzando strutture operative, competenze e relazioni istituzionali già consolidate. La presenza continuativa di Medicus Mundi e il rapporto costruito con DPS, SDSMAS, responsabili dei programmi HIV/TB e operatori delle strutture sanitarie hanno consentito agli interventi successivi di costruire su una base operativa e relazionale già esistente, ampliando progressivamente funzioni e servizi, in particolare nell'ambito delle brigate mobili, della componente comunitaria e della ricerca. **La complementarità deriva quindi non soltanto dall'azione nello stesso settore e territorio, ma dalla progressiva evoluzione di un modello di intervento nel quale progetti successivi hanno consolidato funzioni esistenti e ne hanno introdotte di nuove in risposta all'evoluzione dei bisogni e delle priorità**.

La complementarità tematica interessa anche AID 11817/04/06 – Espaço Aberto e AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare, entrambi rivolti ad adolescenti e giovani nell'ambito della prevenzione e presa in carico dell'HIV, con un'attenzione anche alle dimensioni psicologiche e psicosociali, pur attraverso obiettivi e modalità di intervento differenti. AID 11817/04/06 - Espaço Aberto ha rafforzato una presa in carico *youth-friendly* centrata sulla continuità terapeutica, sul monitoraggio clinico, sull'aderenza, sul counselling, sui gruppi di supporto e sul ruolo dei giovani *health educators*. AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare ha invece concentrato maggiormente l'attenzione sugli effetti della pandemia di COVID-19 sui servizi rivolti a adolescenti e giovani HIV+, integrando ricerca, rafforzamento dei SAAJ, salute mentale, supporto psicologico e mobilitazione comunitaria.

Tuttavia, le evidenze disponibili non consentono di affermare che questa complementarità sia derivata da una progettazione congiunta o da un coordinamento operativo strutturato tra le due iniziative; appare piuttosto come una convergenza tra interventi che hanno affrontato, in momenti e contesti differenti, bisogni correlati dello stesso gruppo di popolazione.

Nella Provincia di Sofala, dove si sono sovrapposte territorialmente diverse iniziative, emerge una complementarità ancora più ampia tra componenti diverse della risposta sanitaria. AID 11375 ha operato sul rafforzamento della prevenzione e presa in carico delle DNT e del CACUM; AID 11817/04/06 - Espaço Aberto sui servizi per adolescenti e giovani con HIV; AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare sulla continuità dei servizi, sulla salute mentale e sulla ricerca nel contesto COVID-19. Le evidenze preliminari hanno identificato in Sofala una compresenza di interventi su

DNT, HIV, salute degli adolescenti e giovani, salute mentale e ricerca operativa, creando opportunità di complementarità all'interno dello stesso sistema sanitario provinciale.

La complementarità tra le iniziative emerge soprattutto in alcuni casi specifici. A Inhambane, **AID 11587/04/1 – TILL THE END** e **AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI** presentano una chiara complementarità nell'ambito della risposta a HIV e TB e dei servizi di prossimità. AID 12168/01/9 – PRoTeggiMI ha costruito su componenti già sviluppate attraverso AID 11587/04/1 – TILL THE END, ampliando il modello attraverso l'integrazione della PMTCT e valorizzando strutture operative, competenze e meccanismi di coordinamento con i servizi sanitari provinciali e distrettuali già esistenti.

Una complementarità tematica emerge anche tra AID 11817/04/06 – Espaço Aberto e AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare, entrambi rivolti ad adolescenti e giovani nell'ambito della prevenzione e presa in carico dell'HIV, con attenzione anche alle dimensioni psicologiche e psicosociali, pur attraverso obiettivi e modalità di intervento differenti.

Q3. Sono emerse sinergie tra le diverse iniziative oggetto della valutazione? E con interventi di altri attori?

La presenza di molteplici attori e finanziatori nel settore sanitario richiede di distinguere tra allineamento strategico, complementarità operativa e sinergia effettiva. Le evidenze raccolte mostrano specifici esempi di sinergia sia tra alcune delle iniziative valutate sia con interventi sostenuti da altri attori, ma non consentono di estendere lo stesso giudizio all'intero portafoglio o all'insieme degli interventi finanziati attraverso il meccanismo italiano del 5% del Global Fund. Le sinergie risultano più evidenti nei casi in cui gli interventi hanno condiviso territori, strutture e interlocutori istituzionali o si sono raccordati attraverso i meccanismi di coordinamento del sistema sanitario.

Sinergie tra le iniziative valutate

Tra le iniziative valutate, le sinergie interne risultano particolarmente evidenti a Inhambane, dove interventi successivi hanno potuto utilizzare strutture operative, relazioni istituzionali, competenze e modalità di lavoro sviluppate nei cicli precedenti. In questo senso, **AID 11587/04/1 – TILL THE END** e **AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI** non presentano soltanto una complementarità sequenziale, già analizzata nella Q2, ma evidenziano una capacità di capitalizzare risorse e apprendimenti precedenti nell'evoluzione del modello di prossimità.

Una complementarità tematica emerge anche tra AID 11817/04/06 – Espaço Aberto e AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare. Le due iniziative hanno affrontato dimensioni complementari della risposta rivolta ad adolescenti e giovani, collegando presa in carico dell'HIV, continuità terapeutica e attenzione alle dimensioni psicologiche e psicosociali. **Le evidenze disponibili mostrano quindi una convergenza degli approcci, ma non consentono di identificare forme sistematiche di coordinamento operativo tra i due interventi.**

A Sofala, AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT, AID 11817/04/06 – Espaço Aberto e AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare hanno operato nello stesso sistema sanitario provinciale, intervenendo su ambiti differenti. Le evidenze raccolte non mostrano tuttavia attività congiunte o meccanismi sistematici di coordinamento e scambio tra le tre iniziative.

Sinergie con altri attori

Quattro dei cinque progetti erano concepiti come iniziative sinergiche rispetto ai programmi sostenuti dal Global Fund, con l'obiettivo di rafforzare componenti complementari della risposta nazionale, in particolare nei settori HIV e TB e nei territori e gruppi caratterizzati da maggiori difficoltà di accesso.

Per le quattro iniziative finanziate attraverso il meccanismo italiano del 5% del Global Fund, la coerenza con le priorità del Fondo non è rimasta esclusivamente a livello di allineamento strategico, ma si è tradotta, in alcuni casi, anche in forme concrete di coordinamento operativo.

A Inhambane il coordinamento tra MMI, DPS, programmi nazionali e altri partner ha consentito di collegare attività finanziate attraverso fonti differenti. Nell'ambito di AID 11587/04/1 – TILL THE END, per esempio, la collaborazione con Centro de Colaboração em Saúde (CCS) ha permesso di utilizzare il GeneXpert Edge installato nelle brigate mobili per analizzare i campioni raccolti dagli attivisti di CCS in aree densamente popolate, riducendo le distanze e i tempi necessari per ottenere una diagnosi di tubercolosi. Questo rappresenta un caso concreto di sinergia nel quale risorse e capacità sostenute da interventi differenti sono state combinate all'interno dello stesso percorso diagnostico.

Nello stesso territorio è documentata una collaborazione con Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (EGPAF), partner della DPS nell'ambito del programma HIV. Durante il 2020, nel contesto delle limitazioni determinate dalla pandemia, l'esperienza sviluppata da MMI con la TARV Móvel ha suscitato l'interesse di EGPAF e ha portato alla sperimentazione di visite di trattamento mobile nel distretto di Massinga, integrando la distribuzione della terapia antiretrovirale nelle brigate mobili in tre comunità rurali. Si tratta di un esempio rilevante perché mostra una sinergia che va oltre il coordinamento amministrativo: un modello sviluppato da un attore è stato utilizzato e ampliato attraverso la collaborazione con un altro partner operante nello stesso programma sanitario.

A Inhambane, inoltre, le sinergie sono state favorite dall'esistenza di meccanismi istituzionali di coordinamento. La DPS organizza incontri con le ONG nazionali e internazionali per confrontare la pianificazione delle attività e fare il bilancio degli interventi realizzati; MMI ha inoltre partecipato a incontri strategici e di discussione dei dati relativi ai programmi HIV, TB e ai servizi clinici. La documentazione di PRoTeggiMI prevede inoltre il raccordo con i Principal Recipients e Sub-Recipients del Global Fund e con il *Country Coordinating Mechanism*, nonché incontri periodici sui programmi HIV, PTV e PNCT.

Il coordinamento è esteso anche ad organizzazioni della società civile e reti settoriali. Nella documentazione di PRoTeggiMI sono richiamati, per esempio, scambi con organizzazioni impegnate nei programmi HIV e TB, quali MONET Plus, KUYAKANA, Movimento para a Luta contra a Tuberculose e ADPP, oltre alla partecipazione ai forum provinciali delle ONG sanitarie e alla rete NAIMA+. Tali spazi hanno rappresentato potenziali meccanismi sia di coordinamento operativo sia di circolazione delle esperienze e delle buone pratiche.

Un ruolo centrale nel favorire le sinergie è stato svolto dalle istituzioni sanitarie pubbliche. In un contesto caratterizzato dalla presenza contemporanea di molteplici finanziatori, ONG e partner tecnici, MISAU, DPS e SDSMAS costituiscono il principale punto di raccordo tra gli interventi. Le evidenze preliminari della missione identificavano infatti l'articolazione con le autorità pubbliche come il principale meccanismo attraverso cui coordinare gli interventi e ridurre il rischio di sovrapposizione. Questo è coerente con quanto osservato durante la missione: le iniziative hanno generalmente operato attraverso le strutture e i programmi pubblici, rendendo possibile il collegamento con altri attori presenti nello stesso territorio o settore.

Le sinergie osservate presentano alcuni limiti. In primo luogo, risultano documentate in modo più consistente in alcuni territori e iniziative (soprattutto Inhambane) rispetto ad altri.

In secondo luogo, sebbene i Bandi/Avvisi AICS prevedessero già nella fase di selezione la valorizzazione delle esperienze pregresse dei soggetti proponenti e delle complementarità con interventi precedenti, le evidenze raccolte non documentano un meccanismo sistematico di coordinamento e apprendimento reciproco tra le cinque iniziative durante l'attuazione. Le sinergie osservate sembrano pertanto essersi sviluppate prevalentemente attraverso collaborazioni

specifiche e complementarità territoriali, piuttosto che attraverso un processo strutturato di condivisione di risultati, strumenti e apprendimenti tra tutte le iniziative.

Q4. Gli interventi hanno evitato duplicazioni tra loro e con altri interventi?

Anche rispetto agli interventi di altri attori, il rischio di sovrapposizione è stato mitigato principalmente attraverso il coordinamento con le autorità sanitarie e l'integrazione delle attività nei programmi e nei servizi pubblici. MISAU, DPS e SDSMAS hanno rappresentato il principale livello di raccordo tra partner e finanziamenti differenti; per le iniziative finanziate attraverso il meccanismo del 5% erano inoltre previsti specifici meccanismi di coordinamento con le strutture del Global Fund. Nel caso di PRoTeggiMI, la documentazione richiama esplicitamente il coordinamento come strumento per evitare sovrapposizioni e duplicazioni nei programmi HIV, PTV e TB.

Per le quattro iniziative finanziate attraverso il meccanismo italiano del 5% del Global Fund, è inoltre evidente la convergenza con le priorità relative alla risposta a HIV e TB e al rafforzamento dei sistemi sanitari. Nel caso di PRoTeggiMI, sono esplicitamente richiamati i meccanismi di coordinamento con Principal Recipients, Sub-Recipients e CCM.

Nel complesso, non sono emerse evidenze di duplicazioni rilevanti tra le iniziative valutate o con altri interventi, e l'integrazione nel sistema sanitario pubblico e i meccanismi di coordinamento istituzionale hanno contribuito a ridurre tale rischio. Il giudizio deve ad ogni modo essere formulato con cautela: in assenza di una mappatura esaustiva, per territorio e periodo, di tutti i finanziamenti e interventi sanitari contemporaneamente attivi, la valutazione può concludere che non sono state identificate duplicazioni significative, ma non dimostrarne l'assenza in termini assoluti.

5.5 Efficienza

Le iniziative valutate mostrano livelli di efficienza complessivamente positivi, pur con differenze tra interventi e fasi di implementazione. Le risorse disponibili sono state generalmente tradotte in attività e risultati coerenti con gli obiettivi previsti, anche attraverso adattamenti organizzativi e operativi resi necessari dal contesto. L'efficienza è stata tuttavia condizionata da ritardi e vincoli esterni, tra cui la pandemia di COVID-19, procedure amministrative e autorizzative, difficoltà logistiche e disponibilità di personale, mezzi e forniture. In alcuni casi, proroghe e rimodulazioni hanno consentito di recuperare attività e risultati inizialmente rallentati. La documentazione finanziaria disponibile consente di analizzare il livello di esecuzione del budget delle singole iniziative, mentre le differenze tra obiettivi, modelli operativi e sistemi di monitoraggio limitano la possibilità di effettuare una valutazione comparativa del rapporto tra risorse impiegate e risultati conseguiti nelle cinque iniziative.

Q1. Le risorse sono state utilizzate in modo appropriato, in relazione anche ai differenti bisogni dei beneficiari?

Le evidenze indicano un uso complessivamente appropriato delle risorse rispetto agli obiettivi e ai gruppi beneficiari, con differenze tra i modelli di intervento e con alcuni fattori strutturali limitanti.

L'integrazione delle attività nelle unità sanitarie e nei programmi esistenti ha consentito di valorizzare capacità già disponibili, mentre le risorse dei progetti sono state prevalentemente utilizzate per colmare specifici gap attraverso formazione, attrezzature, assistenza tecnica, mobilità e supporto alle attività comunitarie.

La destinazione di risorse a strumenti diagnostici e attrezzature appare funzionale alla riduzione delle barriere di accesso. La disponibilità di apparecchiature presso strutture periferiche o brigate mobili ha consentito di decentralizzare alcune capacità diagnostiche e ridurre la necessità di trasportare pazienti o campioni verso strutture più distanti. Il valore di tali investimenti dipende

tuttavia dalla disponibilità successiva di manutenzione, materiali di consumo e personale formato, come già evidenziato nell'analisi della sostenibilità.

Nelle aree rurali e remote, una parte significativa delle risorse è stata necessariamente destinata a mobilità e logistica (DNT, TILL THE END e PRoTeggiMI). Tale scelta è coerente con la riduzione delle barriere all'accesso ai servizi da parte dei gruppi beneficiari, ma comporta un costo operativo elevato, non costante e difficilmente preventivabile. Le evidenze raccolte indicano inoltre la necessità di definire con maggiore chiarezza, già in fase di progettazione, la responsabilità per i costi operativi ricorrenti quando mezzi e servizi vengono utilizzati congiuntamente dai partner e dalle autorità sanitarie. Il maggiore costo unitario dei servizi di prossimità deve però essere interpretato rispetto alle caratteristiche dei beneficiari. Nelle comunità più remote, l'erogazione dei servizi esclusivamente presso le strutture sanitarie, pur apparentemente meno costosa, non avrebbe necessariamente garantito un livello di accesso equivalente a quello assicurato dalle brigate mobili.

Un'altra voce rilevante riguarda la formazione del personale sanitario e degli attori comunitari. Le evidenze confermano l'utilità di questo investimento, ma mostrano anche un trade-off tra formazione e disponibilità del personale per l'erogazione dei servizi. Nel progetto DNT, per esempio, la documentazione segnala che non era sempre possibile organizzare corsi intensivi perché avrebbero sottratto alle unità sanitarie personale già numericamente limitato. Modalità di formazione continua, *training on the job* e *follow-up* sul luogo di lavoro possono pertanto risultare più efficienti rispetto a una successione di corsi residenziali, soprattutto quando consentono di verificare contemporaneamente l'applicazione delle competenze acquisite.

Q2. I modelli operativi adottati sono risultati adeguati ed efficienti per raggiungere i risultati previsti?

Le evidenze convergono nel mostrare una sostanziale adeguatezza dei modelli operativi rispetto alle caratteristiche dei gruppi beneficiari e ai vincoli del sistema sanitario mozambicano. L'integrazione delle attività nelle strutture e nei servizi pubblici esistenti ha permesso di valorizzare personale, competenze e circuiti di presa in carico già presenti e di limitare la creazione di meccanismi paralleli.

La combinazione tra brigate mobili, strutture sanitarie e attori comunitari è risultata particolarmente funzionale nei territori rurali e più difficilmente accessibili, come dimostrato dalle esperienze diAID 11587/04/1 – TILL THE END, AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI e AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT, dove le brigate mobili hanno permesso di portare screening e diagnosi di ipertensione e diabete in aree caratterizzate da maggiori difficoltà di accesso ai servizi.

L'efficienza di questi modelli è legata anche alla possibilità di combinare più funzioni all'interno dello stesso dispositivo operativo. Gli attori comunitari hanno contribuito all'informazione, all'identificazione e all'orientamento delle persone verso i servizi e, in alcuni contesti, al *follow-up*, mentre le brigate mobili hanno permesso di decentralizzare diverse prestazioni sanitarie. La combinazione tra componente comunitaria e sanitaria ha quindi rafforzato la capacità dei servizi di raggiungere popolazioni che difficilmente avrebbero utilizzato autonomamente l'offerta disponibile.

Questa soluzione presenta, tuttavia, un *trade-off* evidente tra accessibilità ed efficienza. Portare i servizi nelle comunità remote richiede veicoli, carburante, manutenzione e disponibilità di personale, con costi ricorrenti che possono incidere sulla frequenza e regolarità delle attività. Il costo delle brigate mobili deve quindi essere rapportato alla capacità del modello di raggiungere popolazioni per le quali l'alternativa (l'erogazione esclusivamente attraverso strutture fisse) avrebbe comportato una copertura sostanzialmente inferiore. Nel contesto del Mozambico, l'efficienza dipende anche dalla capacità di integrare più servizi nella stessa uscita e pianificare gli itinerari in funzione dei bisogni e della dispersione territoriale.

Nel progetto AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT l'inserimento dello screening e della diagnosi precoce delle DNT nei percorsi ordinari delle unità sanitarie ha permesso di utilizzare punti di contatto già esistenti tra popolazione e sistema sanitario, evitando la costruzione di un circuito separato. L'efficienza di questa soluzione è però strettamente connessa alla funzionalità dell'intera catena assistenziale. Identificare un caso sospetto produce infatti un beneficio limitato se non sono successivamente disponibili conferma diagnostica, riferimento, trattamento e *follow-up*. Il rapporto di progetto evidenziava, per esempio, la persistente difficoltà nel garantire il riferimento alle unità sanitarie delle persone identificate dalle brigate mobili come casi sospetti di DNT.

Anche le modalità di rafforzamento delle competenze incidono sull'efficienza dei modelli. Poiché la scarsità di personale nelle strutture ostacola la partecipazione a formazioni intensive, percorsi integrati e follow-up sul luogo di lavoro appaiono più efficienti, come dimostra AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT con la sua combinazione di formazione teorica, *training on the job* e accompagnamento continuo.

Più articolata è la valutazione dei modelli che associano implementazione e ricerca operativa. La collaborazione tra OSC, università, centri di ricerca e istituzioni pubbliche ha permesso di combinare competenze differenti e di produrre evidenze utili oltre alla realizzazione delle attività.

Q3. Quali fattori organizzativi degli *stakeholder* istituzionali ed enti esecutori hanno influenzato l'implementazione?

L'implementazione delle cinque iniziative è stata influenzata in misura rilevante dalla capacità di coordinamento tra enti esecutori, autorità sanitarie e strutture coinvolte. Tra i fattori abilitanti emerge la presenza di organizzazioni con una conoscenza consolidata dei territori e rapporti di collaborazione già stabiliti con MISAU, DPS, SDSMAS e unità sanitarie. Questo capitale relazionale ha facilitato l'avvio e l'adattamento delle attività e, in diversi casi, ha ridotto gli oneri di coordinamento.

La continuità della presenza dei partner è risultata particolarmente importante a Inhambane, dove l'esperienza accumulata da Medicus Mundi e la collaborazione con le autorità sanitarie hanno permesso a **AID 11587/04/1 – TILL THE END** e successivamente **AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI** di inserirsi in una traiettoria già consolidata di sviluppo delle brigate mobili e dei servizi comunitari. L'integrazione del personale pubblico nelle attività progettuali e il coinvolgimento degli operatori delle strutture sanitarie e delle autorità hanno favorito l'inserimento delle attività nei servizi ordinari.

Al tempo stesso, proprio la disponibilità limitata e il turnover delle risorse umane sanitarie hanno rappresentato uno dei principali vincoli organizzativi, soprattutto in termini di organizzazione della formazione, come già menzionato riguardo al progetto AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT. Questo aspetto assume particolare rilevanza perché il turnover può rendere necessario ripetere attività formative già realizzate, aumentando il fabbisogno di risorse.

La collaborazione tra OSC, istituzioni pubbliche, università e centri di ricerca ha invece consentito di mettere a sistema competenze complementari. Tale configurazione ha rappresentato un valore aggiunto soprattutto nelle iniziative con una componente di ricerca operativa, ma ha anche aumentato la complessità gestionale. Differenze nei tempi, nelle procedure e nelle modalità di lavoro tra cooperazione, sistema sanitario e ricerca hanno richiesto una chiara definizione di responsabilità e adeguati meccanismi di comunicazione e coordinamento.

5.6 Rilevanza

Le cinque iniziative presentano un elevato grado di rilevanza rispetto ai bisogni sanitari dei territori e dei gruppi destinatari. Gli interventi hanno affrontato priorità significative — HIV, TB, PMTCT, DNT, salute di adolescenti e giovani e salute mentale — adattando in diversa misura servizi e modalità operative alle barriere territoriali, sociali e di genere che condizionano l'accesso e la continuità delle cure. La rilevanza risulta particolarmente evidente per le popolazioni più vulnerabili e nelle aree con

maggiori difficoltà di accesso ai servizi. Le evidenze mostrano inoltre una capacità di adattamento all'evoluzione dei bisogni e del contesto, pur con differenze tra le iniziative.

Q1. In che misura gli interventi hanno risposto ai bisogni delle popolazioni vulnerabili, in particolare donne, giovani e gruppi vulnerabili/discriminati?

La risposta delle iniziative ai bisogni delle popolazioni vulnerabili risulta complessivamente molto pertinente, sia rispetto ai gruppi selezionati sia rispetto alle modalità attraverso cui i servizi sono stati resi accessibili. Le cinque iniziative hanno interessato persone con HIV e TB, donne e madri, adolescenti e giovani, popolazioni rurali e remote e persone affette da DNT, affrontando bisogni sanitari spesso associati a condizioni di vulnerabilità geografica, economica e sociale.

La rilevanza rispetto alle barriere territoriali emerge in particolare nelle iniziative realizzate a Inhambane. AID 11587/04/1 – TILL THE END e AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI hanno risposto ai bisogni delle popolazioni rurali e remote attraverso servizi di prossimità e meccanismi comunitari, affrontando barriere di accesso legate alla distanza dalle strutture sanitarie, ai costi di trasporto e alla limitata disponibilità di mezzi. AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI ha inoltre risposto a bisogni specifici delle donne HIV+ in gravidanza e allattamento, integrando la componente PMTCT/PTV nei servizi di prossimità. L'intervento ha quindi affrontato contemporaneamente barriere territoriali e specifiche vulnerabilità di genere che possono condizionare l'accesso ai servizi HIV e di salute materno-infantile.

Una diversa dimensione della vulnerabilità è stata affrontata da AID 11817/04/06 - Espaço Aberto e AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare. Per persone adolescenti e giovani che vivono con HIV, i bisogni non riguardano infatti esclusivamente l'accesso alla terapia, ma anche il supporto nella comunicazione dello stato sierologico, l'accompagnamento per l'aderenza e la permanenza in trattamento, l'incidenza dello stigma sulla vita quotidiana, la salute mentale e il rapporto di fiducia con i servizi. Gli approcci *youth-friendly*, il supporto psicosociale, i gruppi e le metodologie partecipative risultano quindi pertinenti rispetto alla multidimensionalità dei bisogni di questa popolazione.

Le evidenze raccolte e le osservazioni dirette confermano la rilevanza di un approccio capace di considerare congiuntamente dimensioni cliniche, psicosociali e relazionali nella presa in carico di adolescenti e giovani. Tale rilevanza assume anche una chiara dimensione di genere. In Mozambico, ragazze e giovani donne presentano una particolare vulnerabilità all'HIV, associata anche a disuguaglianze economiche e sociali, stigma e barriere di genere che possono condizionare prevenzione, accesso ai servizi e continuità delle cure. AID 11817/04/06 – Espaço Aberto ha risposto a queste vulnerabilità prevedendo, accanto alla presa in carico clinica, componenti specificamente rivolte alle ragazze e giovani donne con HIV, tra cui gruppi di supporto, counselling e percorsi orientati al rafforzamento dell'autonomia. Le evidenze disponibili non consentono tuttavia un confronto sistematico tra gli esiti clinici di ragazze e ragazzi, poiché i principali indicatori di *retention* e risposta terapeutica non sono integralmente disaggregati per sesso.

L'iniziativa AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT ha invece intercettato un bisogno sanitario crescente in un sistema tradizionalmente molto concentrato sulle malattie trasmissibili. Il rafforzamento della prevenzione, dello screening e della gestione di ipertensione, diabete e CACUM risponde alla crescente importanza delle patologie croniche nel profilo epidemiologico del paese. La maggiore attenzione successivamente attribuita alle DNT dalle istituzioni sanitarie costituisce un ulteriore elemento a sostegno della pertinenza strategica dell'investimento. Anche in questo caso, la combinazione tra servizi nelle unità sanitarie, brigate mobili e attività comunitarie ha cercato di raggiungere persone che avrebbero incontrato maggiori difficoltà nell'accedere autonomamente alla prevenzione e alla diagnosi.

La rilevanza rispetto ai gruppi vulnerabili è stata ulteriormente messa alla prova dalla pandemia di COVID-19. Le iniziative interessate hanno adattato attività e modalità operative per preservare la continuità delle cure e rispondere a bisogni emergenti. Questo aspetto è particolarmente evidente in AID 12168/02/0 – *Conoscere per Curare*, la cui logica di intervento affrontava direttamente gli effetti della pandemia sugli adolescenti e giovani HIV+, includendo anche la dimensione della salute mentale.

Rimangono, tuttavia, bisogni che le singole iniziative non sono state in grado di affrontare pienamente. Le comunità consultate hanno richiamato problemi legati non soltanto ai servizi sanitari, ma anche a trasporti, infrastrutture, acqua, elettricità e connettività. La persistenza di tali barriere non riduce la rilevanza degli interventi; evidenzia piuttosto il carattere strutturale di alcune determinanti dell'accesso e la necessità di collocare i progetti sanitari entro risposte istituzionali più ampie.

Q2. In che misura gli interventi hanno tenuto conto dei diversi fattori che limitano l'accesso ai servizi sanitari (genere, età, povertà, distanza geografica, stigma, disabilità, eventi climatici estremi, ecc.)?

Le iniziative hanno tenuto conto in misura significativa delle principali barriere che condizionano l'accesso effettivo ai servizi, sebbene con livelli di approfondimento differenti a seconda dei gruppi target e dei territori. Particolarmente evidente è stata l'attenzione alle barriere geografiche, economiche, legate all'età e al genere e allo stigma; più circoscritte risultano invece le evidenze relative alla disabilità e all'integrazione sistematica dei rischi climatici nel disegno degli interventi.

La distanza geografica e il costo degli spostamenti rappresentano le barriere affrontate in maniera più esplicita. Le visite nelle comunità hanno confermato che la presenza di una struttura sanitaria non garantisce di per sé la possibilità di utilizzarne i servizi: distanza, disponibilità dei trasporti e relativi costi possono rendere l'accesso particolarmente difficile per le popolazioni rurali. AID 11587/04/1 – TILL THE END e AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI hanno risposto direttamente a questo problema attraverso brigate mobili, *outreach* e collegamento tra comunità e strutture sanitarie. In questo senso, il modello di prossimità ha agito contemporaneamente sulla barriera geografica e, almeno in parte, su quella economica, riducendo la necessità per gli utenti di sostenere costi di trasporto.

Età e stigma assumono invece particolare rilievo nelle iniziative rivolte a adolescenti e giovani. AID 11817/04/06 – Espaço Aberto e AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare hanno riconosciuto che l'accesso e la permanenza nei servizi per giovani HIV+ dipendono anche dalla qualità della relazione con gli operatori, dalla riservatezza, dalla gestione della comunicazione dello stato sierologico, dal supporto psicosociale e dalla possibilità di affrontare problemi di salute mentale. L'utilizzo di servizi *youth-friendly*, mentor, gruppi di supporto e metodologie partecipative ha quindi cercato di ridurre barriere che non sono esclusivamente fisiche o economiche, ma anche relazionali e sociali.

La dimensione di genere è stata incorporata soprattutto nelle iniziative HIV, PMTCT e salute materno-infantile. AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI, per esempio, ha affrontato bisogni specifici delle donne nelle comunità rurali attraverso servizi di salute sessuale e riproduttiva, prevenzione della trasmissione verticale, accompagnamento delle donne HIV+ e supporto psicosociale. La stessa documentazione progettuale riconosce l'influenza delle relazioni di genere e delle norme socioculturali sulla capacità delle donne di prendere decisioni relative alla propria salute e segnala la persistenza di stigma e comportamenti discriminatori. **L'attenzione al genere risulta tuttavia prevalentemente concentrata sulle vulnerabilità e sulle barriere incontrate da donne e ragazze, mentre è meno sistematica l'analisi delle differenze di accesso e partecipazione all'interno dei diversi gruppi destinatari e dei segmenti eventualmente meno raggiunti.** La considerazione sistematica di chi rimane escluso o meno raggiunto risulta pertanto ancora disomogenea tra le iniziative, anche alla luce del principio *Leave No One Behind.*

Quanto alla disabilità, le evidenze raccolte sono più limitate e non consentono di concludere che sia stata affrontata in modo sistematico nell'insieme delle cinque iniziative. Sono emersi esempi puntuali durante la missione – anche rispetto all'accessibilità fisica di alcune strutture – ma non una strategia trasversale sufficientemente documentata da permettere un giudizio analogo a quello formulato per genere, età, stigma o distanza geografica.

Anche gli eventi climatici estremi hanno influenzato il contesto di implementazione e l'accessibilità dei servizi, ma le evidenze disponibili non mostrano una loro integrazione sistematica come specifico fattore di vulnerabilità nel disegno di tutte le iniziative. È quindi opportuno distinguere tra la capacità dei progetti di adattarsi a shock ed emergenze e l'esistenza di una vera e propria strategia preventiva di gestione dei rischi climatici. Su quest'ultimo aspetto la base informativa disponibile è più debole.

Q3. In che modo sono stati identificati i gruppi target e le loro caratteristiche?

I gruppi target sono stati identificati principalmente sulla base di priorità epidemiologiche e sanitarie, indicazioni delle autorità competenti e conoscenza dei territori maturata dagli enti esecutori. La presenza continuativa di alcuni partner nei territori (particolarmente evidente nelle esperienze di Medicus Mundi a Inhambane, di CUAMM nell'ambito delle DNT e di DREAM/ACAP nei servizi rivolti ad adolescenti e giovani a Sofala e Maputo) ha contribuito a costruire una conoscenza operativa dei bisogni, delle barriere di accesso e delle modalità di relazione con le comunità. La continuità della collaborazione con DPS, SDSMAS, unità sanitarie e attori comunitari ha consentito, in diversi casi, di affinare progressivamente l'identificazione dei bisogni e delle popolazioni maggiormente vulnerabili.

La selezione riflette chiaramente le specificità delle iniziative: persone con HIV e TB e comunità rurali difficilmente raggiungibili per **AID 11587/04/1 – TILL THE END** e **AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI**, quest'ultimo con una specifica attenzione alle **donne HIV+ in gravidanza e allattamento e ai bambini esposti all'HIV**; adolescenti e giovani HIV+, con particolare attenzione alle **ragazze e alle giovani donne** e alle vulnerabilità cliniche, psicologiche e sociali, per **AID 11817/04/06 – Espaço Aberto** e **AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare**; persone con ipertensione, diabete e bisogni di prevenzione oncologica per **AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT**. In alcuni casi, la ricerca operativa ha inoltre contribuito a produrre nuove evidenze sui gruppi target e a orientare interventi successivi.

L'identificazione dei gruppi target appare pertinente e coerente con i principali bisogni sanitari e le vulnerabilità dei territori interessati. Un punto di forza è rappresentato dalla combinazione tra dati e priorità sanitarie e conoscenza operativa maturata attraverso la presenza continuativa nei territori.

Q4. In che modo i gruppi beneficiari sono stati coinvolti, in quanto portatori di diritti, nella identificazione dei loro bisogni specifici e nel disegno delle soluzioni?

Il coinvolgimento dei beneficiari è avvenuto soprattutto durante l'implementazione e nell'adattamento delle modalità operative, attraverso attivisti, APE, *mentor*, gruppi di supporto e altri meccanismi comunitari. Questi attori hanno svolto una funzione di collegamento tra comunità e servizi, contribuendo a far emergere bisogni, ostacoli all'accesso e modalità di risposta più adeguate ai diversi contesti. Nelle aree rurali, il dialogo continuativo con comunità e attori locali ha contribuito ad adattare i servizi di prossimità alle condizioni concrete di accesso.

Le evidenze disponibili sono però meno solide rispetto alla partecipazione diretta dei beneficiari nella fase iniziale di progettazione. Il disegno degli interventi sembra essere stato guidato prevalentemente dalle priorità sanitarie, dal confronto con le istituzioni e dall'esperienza degli enti esecutori nei territori, attraverso i quali sono stati anche identificati e rappresentati i bisogni delle comunità locali. Non è quindi possibile affermare che nelle cinque iniziative sia stato applicato in maniera sistematica un processo di co-progettazione con i gruppi beneficiari.

Q5. Le strategie previste erano adeguate al contesto socioeconomico? E ai fattori di rischio ambientale?

Le strategie adottate risultano complessivamente adeguate al contesto socioeconomico dei territori di intervento, soprattutto per la capacità di considerare condizioni che limitano concretamente l'accesso ai servizi: povertà, costi di trasporto, dispersione territoriale, debolezza delle infrastrutture e limitata disponibilità di risorse del sistema sanitario. Le visite nelle comunità hanno confermato che la possibilità effettiva di accedere alle cure dipende fortemente da tali condizioni.

Le strategie di prossimità adottate da AID 11587/04/1 – TILL THE END, AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI e, in parte, dal progetto AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT hanno risposto direttamente a questo contesto, avvicinando servizi e attività di prevenzione alle popolazioni rurali. Analogamente, l'integrazione nelle strutture pubbliche e il ricorso ad attori comunitari hanno consentito di adattare gli interventi a un sistema caratterizzato da risorse umane e finanziarie limitate, evitando per quanto possibile la creazione di servizi paralleli.

La capacità di adattamento è emersa anche di fronte a shock esterni, in particolare durante la pandemia di COVID-19. Diverse iniziative hanno modificato attività e modalità di erogazione per preservare la continuità dei servizi; nel caso di AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare, la risposta alle conseguenze della pandemia su adolescenti e giovani HIV+ costituiva una componente centrale dello stesso intervento.

Più limitata è invece l'evidenza relativa all'adeguatezza delle strategie rispetto ai rischi ambientali e climatici. Pur essendo emersa una capacità di adattamento a shock ed eventi estremi, non risulta documentata trasversalmente alle cinque iniziative un'integrazione sistematica del rischio climatico nella progettazione.

6 Teoria del Cambiamento finale

La Teoria del Cambiamento preliminare ricostruita nel Rapporto di Avvio è stata verificata e affinata attraverso la triangolazione delle evidenze documentali, quantitative e qualitative raccolte nel corso della valutazione[59]. Come previsto nell'impostazione metodologica, la verifica non è stata finalizzata a dimostrare un'attribuzione causale dei cambiamenti alle singole iniziative, ma a esaminare la plausibilità dei nessi tra attività, risultati, outcome e impatti attesi, considerando le condizioni di contesto, i fattori facilitanti e ostacolanti e le influenze concorrenti. Tale approccio è coerente con la prospettiva *theory-based* e di *Contribution Analysis* adottata dalla valutazione.

Le evidenze confermano la plausibilità della logica di cambiamento individuata nel Rapporto di Avvio, secondo cui il rafforzamento delle capacità istituzionali e professionali del sistema sanitario, combinato con il miglioramento dell'accessibilità e della qualità dei servizi, lo sviluppo di modalità di presa in carico adeguate ai diversi gruppi e il rafforzamento del collegamento con le comunità, può contribuire a migliorare la risposta del sistema sanitario ai bisogni delle popolazioni vulnerabili. La valutazione ha comunque consentito di precisare la natura di tali relazioni, evidenziandone il carattere non lineare e la dipendenza da alcune condizioni critiche.

[59] Nessuna delle cinque iniziative oggetto della valutazione disponeva di una Teoria del Cambiamento esplicitamente formulata in fase di progettazione. La ToC utilizzata nella valutazione è stata pertanto ricostruita dal Team di Valutazione, a partire dalle logiche di intervento e dalla documentazione progettuale disponibile, nell'ambito della preparazione del Rapporto di Avvio e poi verificata nel Rapporto Finale.

6.1 Impatto di lungo periodo

L'impatto di lungo periodo identificato nella Teoria del Cambiamento preliminare rimane pertinente come direzione di cambiamento alla quale le iniziative intendono contribuire, ma deve essere riformulato in modo da distinguere tale prospettiva dagli effetti effettivamente verificabili attraverso la presente valutazione:

Contribuire al rafforzamento del sistema sanitario mozambicano, affinché diventi progressivamente più resiliente, equo, inclusivo e capace di rispondere ai bisogni delle popolazioni più vulnerabili, favorendo nel lungo periodo il miglioramento dello stato di salute della popolazione e la riduzione della morbilità e della mortalità associate alle principali priorità sanitarie nazionali.

Le evidenze disponibili non consentono di verificare il raggiungimento di tale impatto nella sua interezza, né di stabilire il contributo delle cinque iniziative a variazioni della morbilità e della mortalità a livello di popolazione. Consentono invece di identificare contributi plausibili nella direzione dell'impatto atteso, attraverso cambiamenti osservati nei servizi, nelle capacità istituzionali e professionali, nell'accessibilità delle prestazioni e nel collegamento tra comunità e sistema sanitario. La valutazione ha inoltre evidenziato che, nei territori caratterizzati dalla successione di più interventi e dalla presenza prolungata degli stessi partner, tali cambiamenti assumono frequentemente carattere cumulativo e non possono essere ricondotti a una singola iniziativa.

6.2 Stati intermedi di cambiamento

I due stati intermedi identificati nella Teoria del Cambiamento preliminare risultano sostanzialmente confermati, sebbene con un grado di consolidamento differente.

Il primo - **servizi sanitari territoriali e comunitari rafforzati e maggiormente capaci di fornire servizi di prevenzione, diagnosi, trattamento e follow-up alle popolazioni vulnerabili** – trova riscontro nei seguenti risultati raggiunti: rafforzamento dei servizi di prossimità, integrazione tra strutture sanitarie, brigate mobili e attori comunitari, sviluppo di modalità differenziate di presa in carico per adolescenti e giovani e rafforzamento dello screening, della diagnosi e della gestione delle DNT. Le evidenze lasciano evincere tuttavia che l'aumento dell'accessibilità e della capacità di identificare i bisogni sanitari produce risultati più solidi quando è accompagnato dalla funzionalità dell'intera catena assistenziale, inclusi riferimento, conferma diagnostica, trattamento, disponibilità di farmaci e consumabili e follow-up.

Il secondo - **istituzioni sanitarie nazionali e provinciali dotate di maggiori capacità tecniche, organizzative e decisionali per pianificare, implementare e sostenere interventi nei settori prioritari della salute pubblica** – trova riscontro nei seguenti risultati raggiunti: rafforzamento delle competenze, integrazione di pratiche e attività nei servizi pubblici, collaborazione tra istituzioni e partner e, in alcuni ambiti, produzione di conoscenze e strumenti a supporto dei processi sanitari. Il consolidamento di tali capacità è tuttavia differenziato e risente della scarsità e del turnover del personale, della disponibilità di risorse operative e della capacità delle istituzioni di mantenere nel tempo le funzioni sostenute dai progetti.

6.3 Percorsi di cambiamento

I quattro percorsi di cambiamento individuati nella ricostruzione preliminare trovano complessivamente riscontro nelle evidenze raccolte sulle attività realizzate e le relative modalità di implementazione. La valutazione ha tuttavia permesso di comprendere meglio attraverso quali meccanismi producono risultati e a quali condizioni questi tendono a consolidarsi.

1. **Rafforzamento delle competenze e delle capacità del personale sanitario e delle istituzioni pubbliche.** Questo percorso trova riscontro nelle diverse iniziative, ma la missione ha mostrato che la formazione, da sola, non è sufficiente. I risultati appaiono più

solidi quando alle attività formative seguono applicazione pratica, training on the job, supervisione e accompagnamento nel tempo. Al contrario, turnover e trasferimenti del personale, insieme alla mancanza di attrezzature, materiali o condizioni organizzative adeguate, possono limitare l'applicazione e il mantenimento delle competenze acquisite. La continuità del rafforzamento delle capacità dipende quindi non soltanto dalla formazione erogata, ma anche dalle condizioni che consentono al personale di utilizzare e trasmettere quanto appreso.

2. **Ampliamento dell'accesso attraverso modelli decentrati e comunitari.** È uno dei percorsi che trova il riscontro più netto nelle evidenze raccolte. In particolare, le brigate mobili e le attività di *outreach* hanno consentito di avvicinare i servizi a comunità rurali e remote che incontravano maggiori difficoltà nell'accedere alle strutture fisse, riducendo alcune barriere legate alla distanza e ai costi di trasporto. Gli attori comunitari hanno svolto, inoltre, una funzione che va oltre l'informazione e la mobilitazione, facilitando l'orientamento, il collegamento con le strutture sanitarie, l'accompagnamento e il follow-up. Questo percorso presenta tuttavia un punto critico: avvicinare i servizi e identificare nuovi bisogni produce risultati duraturi solo se il sistema dispone delle risorse necessarie per mantenere le attività di prossimità e per assicurare *referral*, presa in carico, trattamento e continuità dell'assistenza.
3. **Sviluppo di servizi integrati e differenziati per gruppi vulnerabili.** Questo percorso è particolarmente riconoscibile negli interventi rivolti a adolescenti e giovani, donne e popolazioni remote. Le esperienze valutate mostrano la pertinenza di modalità di presa in carico che non considerano soltanto il bisogno clinico, ma anche le dimensioni psicosociali e relazionali e le specifiche barriere che possono condizionare l'accesso e la continuità delle cure. Ciò emerge in particolare nei servizi rivolti a adolescenti e giovani, nei quali ascolto, supporto psicosociale, accompagnamento e collegamento con la comunità hanno affiancato la componente sanitaria. Rimane invece meno sistematica la capacità di riconoscere e affrontare vulnerabilità multiple e intersezionali, inclusa la disabilità, così come di identificare i segmenti meno raggiunti all'interno degli stessi gruppi prioritari.
4. **Produzione e utilizzo di evidenze scientifiche e dati.** Le iniziative hanno prodotto conoscenze e rafforzato collaborazioni tra istituzioni sanitarie, OSC, università e centri di ricerca. In alcuni casi, le evidenze generate hanno contribuito a identificare nuovi bisogni o a orientare attività successive. Il passaggio dalla produzione di conoscenza al suo utilizzo nelle decisioni, tuttavia, è meno lineare. Questo percorso produce quindi maggiore valore quando la ricerca è collegata fin dall'inizio a bisogni conoscitivi del sistema sanitario e quando esistono tempi, interlocutori e spazi istituzionali nei quali i risultati possono essere discussi e utilizzati.

6.4 Assunzioni critiche e fattori abilitanti

La verifica delle assunzioni formulate nella Teoria del Cambiamento preliminare restituisce un quadro differenziato. La continuità dell'impegno istituzionale e il coordinamento tra partner e autorità sanitarie risultano sostanzialmente confermati e hanno rappresentato condizioni importanti per l'integrazione delle attività nel sistema pubblico e per il consolidamento di alcune capacità e pratiche.

L'assunzione relativa alla disponibilità di risorse umane qualificate e sufficientemente stabili risulta invece solo parzialmente confermata. Scarsità e turnover del personale hanno condizionato l'erogazione dei servizi, la partecipazione alle attività formative, l'applicazione delle competenze acquisite e la continuità di alcune pratiche.

Anche l'assunzione secondo cui le comunità possano accedere e utilizzare i servizi disponibili richiede di essere qualificata. Le evidenze manifestano che la disponibilità formale di un servizio non determina automaticamente il suo utilizzo: distanza, costo dei trasporti, stigma, età, relazioni di

genere e altre condizioni sociali possono continuare a limitarne l'accessibilità. I modelli di prossimità e il collegamento comunitario hanno agito proprio su alcuni di questi passaggi critici.

L'assunzione relativa a condizioni operative sufficientemente stabili risulta solo parzialmente verificata. Disponibilità di mezzi, carburante, attrezzature, consumabili e farmaci, costi ricorrenti e shock esterni hanno condizionato la continuità delle attività. La pandemia di COVID-19 ha rappresentato il principale shock trasversale osservato, mentre gli eventi climatici hanno inciso sul contesto di alcuni interventi senza che emergesse una loro integrazione sistematica nella progettazione come specifico fattore di rischio.

Tra i fattori abilitanti ipotizzati nella ToC preliminare, risultano invece confermati l'integrazione degli interventi nel sistema sanitario pubblico, il coordinamento con le autorità sanitarie, l'esperienza degli enti esecutori e la continuità delle relazioni istituzionali e comunitarie. La valutazione ha inoltre permesso di mettere maggiormente in evidenza un fattore che nella formulazione preliminare era meno esplicito: la continuità nel tempo. Nei territori in cui interventi successivi hanno potuto costruire su capacità, relazioni, strutture e modalità operative precedentemente sviluppate, le evidenze indicano percorsi di cambiamento più consolidati. Tale continuità non implica tuttavia l'attribuzione dei cambiamenti a una singola iniziativa, ma rafforza piuttosto l'interpretazione del contributo come cumulativo.

6.5 Validazione complessiva della Teoria del Cambiamento

In generale, la valutazione conferma la plausibilità dei principali percorsi causali individuati nella Teoria del Cambiamento preliminare, ma ne qualifica le assunzioni e ne evidenzia il carattere condizionato e cumulativo. Il rafforzamento delle capacità, da solo, non garantisce servizi migliori se personale e risorse operative non sono disponibili; l'avvicinamento dei servizi non garantisce continuità della cura se la catena di riferimento, trattamento e follow-up non funziona; la partecipazione comunitaria produce maggiore valore quando è collegata concretamente ai servizi; la produzione di evidenze contribuisce al cambiamento quando queste possono essere effettivamente utilizzate; e l'integrazione nel sistema pubblico favorisce la sostenibilità, ma non risolve automaticamente il problema dei costi ricorrenti.

La Teoria del Cambiamento finale può pertanto essere sintetizzata nel seguente nesso: **il rafforzamento coordinato delle capacità del sistema sanitario, dell'accessibilità e della qualità dei servizi, del collegamento con le comunità e dell'utilizzo delle evidenze scientifiche contribuisce a migliorare la capacità di risposta ai bisogni delle popolazioni vulnerabili quando è sostenuto da continuità istituzionale e operativa, disponibilità di risorse e capacità di adattare gli interventi alle condizioni del contesto mozambicano.**

È attraverso l'interazione di questi meccanismi, più che attraverso singole attività considerate isolatamente, che le cinque iniziative hanno fornito un contributo plausibile alla direzione di cambiamento di lungo periodo identificata dalla valutazione.

L'infografica relativa alla Teoria del Cambiamento è inclusa nella documentazione accessoria.

7 Conclusioni

La valutazione dei cinque progetti restituisce un giudizio complessivamente positivo sul contributo della Cooperazione Italiana al settore sanitario in Mozambico. Pur nella diversità degli ambiti di intervento, dei territori e dei gruppi beneficiari, emerge una linea comune fondata sul rafforzamento del sistema sanitario pubblico, sull'avvicinamento dei servizi alle popolazioni più difficilmente raggiungibili, sullo sviluppo delle capacità del personale e degli attori comunitari e, in alcune iniziative, sulla produzione di conoscenze attraverso la ricerca operativa. Questi processi sono stati sostenuti dall'interazione tra istituzioni sanitarie, enti esecutori, organizzazioni della società civile e,

in alcuni interventi, università e centri di ricerca, che hanno apportato competenze tecniche, conoscenza dei territori e continuità nell'accompagnamento.

I risultati più solidi non derivano necessariamente da singole attività isolate, ma dalla combinazione e continuità nel tempo di interventi, relazioni istituzionali e capacità progressivamente costruite. Questo aspetto è particolarmente evidente nei territori in cui gli enti esecutori hanno mantenuto una presenza prolungata e una collaborazione stabile con le autorità sanitarie. Al tempo stesso, la valutazione evidenzia alcuni elementi di fragilità ricorrenti: scarsità e turnover del personale sanitario, disponibilità discontinua di attrezzature e consumabili, costi logistici dei servizi di prossimità, dipendenza da finanziamenti esterni e difficoltà di assicurare continuità alle componenti che comportano costi ricorrenti.

7.1 Impatto

Le evidenze raccolte mostrano cambiamenti a livello individuale, comunitario, istituzionale e, in alcuni ambiti, segnali di influenza più ampia sul sistema sanitario. Particolarmente rilevanti risultano il miglioramento dell'accesso e della continuità delle cure per popolazioni remote e vulnerabili, il rafforzamento delle competenze degli operatori, l'evoluzione dei servizi rivolti a adolescenti e giovani e la crescente attenzione istituzionale alle DNT.

Una parte di questi cambiamenti permane oltre la conclusione delle singole iniziative attraverso competenze, pratiche integrate nei servizi, relazioni tra istituzioni e partner e modelli successivamente adattati o sviluppati.

La componente di ricerca ha inoltre contribuito, in alcune iniziative, a documentare e comprendere meglio i cambiamenti prodotti dai modelli di intervento. In PRoTeggiMI, la collaborazione tra Medicus Mundi e l'Università di Brescia ha affiancato all'implementazione delle brigate mobili attività di ricerca operativa sull'accesso ai servizi HIV e PMTCT e sul follow-up di donne e bambini nelle comunità remote, rafforzando il collegamento tra intervento sul territorio e produzione di evidenze. L'analisi deve essere formulata in termini di contribuzione, poiché il disegno valutativo e le evidenze disponibili non consentono di isolare gli effetti delle singole iniziative dagli altri fattori e interventi che hanno concorso ai cambiamenti osservati. Questo soprattutto nei territori caratterizzati da una successione di interventi e dalla presenza di lungo periodo degli stessi partner, come emerge nelle esperienze di Medicus Mundi a Inhambane, di DREAM/ACAP nei servizi rivolti ad adolescenti e giovani e, con caratteristiche differenti, nella continuità del lavoro di CUAMM e dei partner nell'ambito delle DNT. In questi casi, gli effetti osservati appaiono spesso cumulativi e associati a una traiettoria di cooperazione piuttosto che a una singola iniziativa.

7.2 Sostenibilità

Le prospettive di sostenibilità più solide scaturiscono dalle capacità incorporate nel personale e nelle istituzioni, le relazioni consolidate tra partner e sistema sanitario, alcune pratiche integrate nei servizi e il patrimonio di conoscenze prodotto. La presenza continuativa di alcuni enti esecutori ha favorito, in diversi territori, il consolidamento progressivo di competenze, relazioni e modalità operative; al tempo stesso, la prosecuzione di determinate funzioni grazie alla presenza dello stesso partner o a nuovi finanziamenti esterni non deve essere confusa con la capacità del sistema di sostenerle autonomamente. L'appropriazione istituzionale e comunitaria è generalmente buona e sono stati osservati casi nei quali pratiche introdotte dai progetti sono state mantenute, adattate o sviluppate successivamente.

Più fragile risulta invece la sostenibilità finanziaria e operativa delle componenti dipendenti da costi ricorrenti. La prosecuzione di un'attività attraverso un nuovo finanziamento esterno non equivale, inoltre, alla sua piena sostenibilità autonoma.

Un'ulteriore dimensione di sostenibilità riguarda le capacità di ricerca e produzione di conoscenze. La collaborazione sviluppata attraverso AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare tra l'Università di

Padova e il CIOB a Sofala ha contribuito a consolidare competenze e relazioni scientifiche anche all'interno di un'istituzione mozambicana, creando condizioni favorevoli alla prosecuzione di attività di ricerca e alla produzione di nuove evidenze oltre la durata del singolo finanziamento.

Un elemento importante emerso dalla valutazione è che la sostenibilità non richiede necessariamente la replica integrale del modello progettuale. In alcuni casi, le istituzioni hanno mantenuto le funzioni essenziali delle innovazioni adattandone organizzazione, distribuzione dei compiti e modalità operative alle risorse effettivamente disponibili. Questa capacità di adattamento costituisce essa stessa una dimensione rilevante della sostenibilità.

7.3 Efficacia

Il giudizio sull'efficacia è complessivamente positivo, sebbene il livello di raggiungimento dei risultati non sia uniforme tra le diverse iniziative e rispetto agli indicatori di ciascuna. Le evidenze quantitative disponibili documentano il raggiungimento di numerosi target e, in alcuni casi, il loro superamento; le evidenze qualitative confermano inoltre l'efficacia dei servizi e delle modalità operative adottate.

L'efficacia è risultata maggiore laddove gli interventi hanno combinato integrazione nel sistema pubblico, servizi di prossimità, componente comunitaria e continuità delle relazioni con beneficiari e istituzioni. In alcuni territori, la presenza prolungata degli enti esecutori ha ulteriormente favorito questo processo, consentendo di costruire su relazioni, conoscenze del contesto e modalità operative già consolidate. A Inhambane, la collaborazione continuativa di Medicus Mundi con le istituzioni sanitarie ha accompagnato la progressiva evoluzione delle brigate mobili; nei servizi rivolti ad adolescenti e giovani, DREAM/ACAP ha contribuito a integrare presa in carico clinica, accompagnamento e supporto psicosociale; nell'intervento sulle DNT, CUAMM e i partner hanno sostenuto il rafforzamento delle competenze e dei percorsi di screening, diagnosi e presa in carico.

L'efficacia è stata altresì condizionata da fattori strutturali (esempio: risorse umane, distanze, disponibilità di mezzi, farmaci e attrezzature) e da shock esterni, in particolare la pandemia di COVID-19. La capacità di adattamento dimostrata dagli enti esecutori e dalle istituzioni ha ad ogni modo permesso di preservare una parte rilevante delle attività e, in alcuni casi, di sviluppare risposte a bisogni emergenti.

7.4 Coerenza

Gli interventi risultano coerenti con le priorità del settore sanitario mozambicano nei rispettivi ambiti (HIV, TB, PMTCT, salute degli adolescenti e giovani, DNT e rafforzamento del sistema sanitario) e con gli orientamenti della Cooperazione Italiana e dell'Agenda 2030. Per i quattro progetti finanziati attraverso il meccanismo italiano del 5% del Global Fund, è inoltre evidente la convergenza con le priorità relative alla risposta a HIV e TB e al rafforzamento dei sistemi sanitari.

Tra le cinque iniziative emerge una buona complementarità tematica, territoriale e temporale, particolarmente evidente nella successione degli interventi a Inhambane e nelle diverse componenti sviluppate nel sistema sanitario di Sofala. Sono state inoltre identificate sinergie concrete con autorità pubbliche, programmi del Global Fund, OSC, università e altri partner.

Questa complementarità appare però derivare più frequentemente dalla continuità delle relazioni, dalla presenza prolungata di alcuni enti esecutori nei territori e dalla loro capacità di costruire, insieme alle istituzioni sanitarie, sulle esperienze precedenti, che da una gestione esplicita delle cinque iniziative come portafoglio unitario. Non sono emerse duplicazioni significative; le evidenze mostrano comunque che le opportunità di programmazione congiunta, scambio di esperienze e capitalizzazione trasversale tra le iniziative sono state sfruttate solo parzialmente.

7.5 Efficienza

Il giudizio sull'efficienza è positivo, soprattutto per quanto riguarda l'adeguatezza dei modelli operativi e l'utilizzo delle capacità già presenti nel sistema sanitario. L'integrazione nelle strutture

pubbliche ha ridotto la necessità di creare dispositivi paralleli, mentre la combinazione tra strutture fisse, brigate mobili e attori comunitari ha permesso di calibrare le risorse rispetto alle condizioni di accesso dei diversi gruppi beneficiari.

L'efficienza deve comunque essere interpretata rispetto alle caratteristiche dei territori. I servizi di prossimità comportano costi logistici elevati, ma nei territori più remoti rappresentano una modalità particolarmente rilevante per ridurre le barriere geografiche ed economiche all'accesso. Analogamente, formazione e ricerca operativa producono valore aggiunto, ma richiedono tempi e risorse che devono essere adeguatamente incorporati nella progettazione.

La valutazione non dispone di elementi sufficientemente omogenei per formulare un giudizio comparativo di cost-efficiency tra le cinque iniziative. Le evidenze indicano comunque che l'efficienza operativa è strettamente condizionata dalla coerenza tra risorse disponibili, modello di intervento, durata progettuale e capacità operative del sistema pubblico, nonché dalla corretta considerazione dei costi ricorrenti necessari al funzionamento delle attività.

7.6 Rilevanza

La rilevanza è elevata.

Le iniziative hanno risposto a bisogni sanitari prioritari e a vulnerabilità differenziate, includendo persone con HIV e TB, donne e madri, adolescenti e giovani, popolazioni rurali e remote e persone affette da DNT. La pertinenza degli interventi è stata confermata anche dalle visite nelle comunità, che hanno evidenziato come distanza, povertà, trasporto, stigma e condizioni sociali incidano concretamente sulla possibilità di utilizzare i servizi. A Inhambane, ad esempio, le lunghe distanze e i costi di trasporto rendono particolarmente rilevanti le brigate mobili per le comunità rurali; nei servizi HIV, lo stigma continua a condizionare l'accesso e la continuità delle cure; tra le giovani donne sono inoltre emersi casi in cui le dinamiche familiari e le restrizioni poste dai partner limitavano la partecipazione alle attività.

Brigate mobili, attori comunitari, servizi youth-friendly, supporto psicosociale e integrazione delle DNT nei percorsi assistenziali hanno rappresentato risposte coerenti con le specifiche barriere incontrate dai diversi gruppi.

La partecipazione dei beneficiari è stata più evidente nell'implementazione e nell'adattamento delle attività che nella progettazione iniziale. Rimangono inoltre margini per una considerazione più sistematica delle vulnerabilità multiple e intersezionali, della disabilità e dei rischi climatici e ambientali.

Tematiche trasversali e giudizio conclusivo

La valutazione evidenzia un'attenzione, seppure differenziata tra le iniziative, all'equità nell'accesso e alle specifiche vulnerabilità dei gruppi destinatari. Tale attenzione emerge in particolare negli interventi rivolti alle donne e alle giovani donne, agli adolescenti e giovani con HIV e alle popolazioni delle aree rurali e remote, attraverso misure volte a ridurre barriere territoriali, economiche, sociali e di genere. Permangono tuttavia differenze nella capacità delle iniziative di analizzare sistematicamente chi rimane meno raggiunto e di documentare risultati differenziati per genere e altri fattori di vulnerabilità. La prospettiva Leave No One Behind è particolarmente riconoscibile nei modelli di prossimità e negli interventi rivolti a gruppi con specifiche barriere di accesso. Meno sistematica appare invece l'integrazione trasversale delle dimensioni di genere e disabilità, delle vulnerabilità multiple e intersezionali e della resilienza climatica nella progettazione.

Nel loro insieme, le cinque iniziative mostrano che il contributo della Cooperazione Italiana assume maggiore valore quando rafforza e accompagna il sistema pubblico nel tempo, combina capacità istituzionali e prossimità comunitaria e valorizza relazioni continuative tra istituzioni sanitarie, enti esecutori, attori comunitari e, dove pertinente, partner scientifici e accademici. È attraverso queste

relazioni che esperienze, competenze e conoscenze possono essere progressivamente capitalizzate e utilizzate negli interventi successivi. La continuità emerge quindi come uno dei principali fattori che collegano efficacia, impatto e sostenibilità.

In generale, la valutazione evidenzia uno scarto tra la forte continuità e complementarità osservata tra alcune iniziative e una loro gestione ancora prevalentemente riconducibile alla logica dei singoli progetti. Le opportunità offerte da una prospettiva di portafoglio (in termini di capitalizzazione delle innovazioni, complementarità tra interventi, pianificazione dell'assorbimento istituzionale e finanziario e utilizzo delle evidenze per orientare la programmazione successiva, dipendono non soltanto dalle modalità di programmazione e coordinamento della Cooperazione Italiana, ma anche dalle priorità, dall'impegno e dalla capacità di risposta delle istituzioni mozambicane, il cui coinvolgimento è determinante per il consolidamento e la sostenibilità dei risultati.

8 Raccomandazioni

R1. Rafforzare la programmazione strategica del portafoglio salute in Mozambico attraverso la capitalizzazione degli apprendimenti e le complementarità tra interventi

Livello: Strategico

Destinatari: DGCS/AICS

Rafforzare la programmazione strategica del portafoglio salute in Mozambico attraverso un utilizzo sistematico delle evidenze e degli apprendimenti generati dagli interventi finanziati, al fine di individuare le esperienze, le capacità e i modelli da consolidare, sviluppare o adattare, in coerenza con le priorità sanitarie nazionali e subnazionali e con i bisogni specifici dei territori. A tal fine, prevedere momenti periodici di analisi e capitalizzazione trasversale delle iniziative finanziate nel settore salute in Mozambico, finalizzati a identificare risultati e modelli da valorizzare, apprendimenti da trasferire, complementarità da sviluppare ed eventuali lacune o sovrapposizioni tra interventi.

Tale analisi dovrebbe contribuire alla definizione di una programmazione maggiormente integrata e coerente del portafoglio salute, favorendo le complementarità tematiche, territoriali e operative tra le iniziative e valorizzando le capacità, i servizi e i meccanismi già sviluppati e integrati nel sistema sanitario pubblico. La programmazione successiva dovrebbe pertanto privilegiare il consolidamento e lo sviluppo delle esperienze esistenti, evitando la replica automatica dei modelli progettuali e verificandone la pertinenza e l'adattabilità alle priorità e alle capacità delle istituzioni sanitarie mozambicane.

R2. Consolidare l'adeguamento della durata dei progetti finanziati, in particolare i Bandi Global Fund, alla natura e ai tempi dei cambiamenti attesi

Livello: Strategico-programmatico

Destinatari: DGCS/AICS

Consolidare, per gli interventi che perseguono il rafforzamento del sistema sanitario, l'introduzione o il consolidamento di nuovi modelli di servizio, il rafforzamento delle capacità e il cambiamento delle pratiche professionali e comunitarie, la previsione di durate progettuali adeguate alla natura e ai tempi dei cambiamenti attesi, accompagnate da una dotazione finanziaria coerente con gli obiettivi e l'estensione territoriale dell'intervento. L'estensione a 36 mesi introdotta a partire dal Bando Global Fund 2024 rappresenta un'evoluzione positiva in questa direzione, della quale sarà importante verificare l'adeguatezza rispetto alle diverse tipologie di intervento e ai risultati perseguiti. Durante inferiori possono essere appropriate quando giustificate dalla natura dell'azione o quando l'intervento costituisce una fase chiaramente inserita in un percorso programmatico più ampio e continuativo.

La durata progettuale dovrebbe consentire di incorporare nel ciclo dell'intervento tempi adeguati a sperimentare e adattare i modelli, consolidare le capacità e accompagnarne l'appropriazione istituzionale e comunitaria, nonché margini temporali e strategie di mitigazione per gestire eventuali ritardi amministrativi o istituzionali. Questo assume particolare importanza per le componenti di ricerca operativa, considerando anche i tempi necessari per le autorizzazioni dei Comitati Etici, che possono incidere significativamente sul periodo effettivamente disponibile per la realizzazione delle attività di ricerca e l'utilizzo dei risultati.

R3. Rafforzare la pianificazione condivisa della sostenibilità e della strategia di uscita, verificandone progressivamente la fattibilità

Livello: Strategico-Programmatico

Destinatari: DGCS/AICS ed enti esecutori, in coordinamento con MISAU e con le istituzioni sanitarie provinciali e distrettuali competenti

Rafforzare, fin dalla formulazione degli interventi, la definizione condivisa di strategie di sostenibilità e di uscita tra enti esecutori e istituzioni sanitarie competenti, valorizzando l'attenzione già prevista dalle procedure AICS agli aspetti di sostenibilità e appropriazione istituzionale. Tali strategie dovrebbero identificare le funzioni essenziali da preservare, le responsabilità da trasferire o condividere, le capacità necessarie e i costi ricorrenti associati alla prosecuzione dei benefici dopo la conclusione del finanziamento, tenendo conto delle priorità, delle risorse e delle effettive capacità di risposta del sistema sanitario mozambicano

La pianificazione dovrebbe inoltre esplicitare i principali fattori di rischio e le condizioni esterne da cui dipende la sostenibilità, distinguendo gli aspetti sui quali il progetto può intervenire direttamente da quelli che richiedono decisioni, risorse e impegni delle istituzioni nazionali e locali. In tale prospettiva, la strategia di uscita dovrebbe definire, ove possibile, modalità realistiche e progressive di trasferimento o consolidamento delle funzioni, senza presupporre che il rafforzamento delle capacità sia di per sé sufficiente a garantirne la continuità.

Durante l'implementazione, e in particolare l'ultimo anno, la strategia dovrebbe essere riesaminata congiuntamente e periodicamente dagli enti esecutori e dalle istituzioni competenti, anche in ambito di meccanismi di coordinamento già esistenti, per verificare la fattibilità delle modalità previste rispetto alle risorse effettivamente disponibili, identificare eventuali criticità e introdurre gli eventuali adattamenti necessari. Tale processo dovrebbe favorire un accompagnamento progressivo alla conclusione del finanziamento, riconoscendo che la sostenibilità di lungo periodo dipende anche dalle scelte istituzionali e dalla capacità di risposta del Paese partner.

R4. Incentivare e migliorare i meccanismi di valutazione dell'efficacia, dell'adattabilità e dell'istituzionalizzazione delle pratiche sperimentate attraverso i progetti

Livello: Istituzionale – nazionale

Destinatario principale: MISAU

Supporto: AICS e, secondo competenza, enti esecutori, DPS/SPS e istituzioni accademiche e di ricerca

Utilizzare in modo sistematico le evidenze prodotte dagli interventi di cooperazione per identificare quali modelli organizzativi, pratiche assistenziali e soluzioni sperimentate abbiano dimostrato efficacia e presentino condizioni favorevoli per essere adattati, consolidati o integrati nel sistema sanitario, considerando le risorse disponibili e il contesto.

La decisione di consolidare o estendere una pratica dovrebbe includere una specifica valutazione della sua adattabilità, considerando le differenze territoriali in termini di bisogni della popolazione, accessibilità geografica, capacità delle strutture sanitarie, disponibilità di personale, risorse logistiche e finanziarie e presenza di attori comunitari. Su questa base, le istituzioni competenti

dovrebbero definire modalità proprie di implementazione e di follow-up, sostenibili con le capacità e le risorse effettivamente disponibili, anziché assumere come riferimento la prosecuzione del modello progettuale nella forma in cui è stato finanziato e gestito dall'ente esecutore. Ciò implica identificare quali funzioni essenziali debbano essere preservate, quali possano essere riorganizzate o semplificate, a quali livelli del sistema debbano essere attribuite le relative responsabilità e attraverso quali meccanismi ordinari ne possa essere assicurato il monitoraggio nel tempo. In questo processo, AICS potrebbe svolgere un ruolo di facilitazione del dialogo istituzionale e di accompagnamento tecnico, valorizzando le pratiche che hanno già mostrato risultati positivi durante l'attuazione degli interventi. La promozione di tavoli di confronto con il MISAU, il coinvolgimento di esperti e la disponibilità di assistenza tecnica specialistica potrebbero contribuire ad approfondire le condizioni necessarie per adattare tali pratiche alle caratteristiche e alle capacità del sistema sanitario mozambicano, individuando insieme alle autorità competenti le modalità più appropriate per il loro consolidamento e l'eventuale integrazione nei programmi e nei servizi pubblici.

R5. Consolidare modelli integrati di prossimità, rafforzando il ruolo degli attori comunitari

Livello: Istituzionale – provinciale, distrettuale e operativo

Destinatari principali: MISAU, DPS/SPS e SDSMAS

Supporto: AICS ed enti esecutori

Consolidare, nei territori in cui distanza geografica, costi di trasporto e altre barriere limitano l'accesso effettivo ai servizi sanitari, modelli integrati di prossimità che combinino servizi decentralizzati e ruolo degli attori comunitari, adattandone modalità, frequenza e composizione ai bisogni della popolazione, alle caratteristiche territoriali e alle risorse effettivamente disponibili.

La pianificazione dovrebbe considerare congiuntamente la dimensione sanitaria, comunitaria e logistica: frequenza e itinerari delle attività di prossimità, composizione delle équipe, mezzi di trasporto e carburante, personale, attrezzature, diagnostica, farmaci e materiali di consumo, nonché disponibilità e distribuzione degli attori comunitari. APE, ACS, *activistas comunitários* e altre figure di raccordo dovrebbero essere progressivamente integrati nella pianificazione dei servizi e dei percorsi assistenziali, con funzioni chiaramente definite in relazione a informazione e mobilitazione, identificazione dei bisogni, referral, accompagnamento e follow-up. Il loro rafforzamento dovrebbe prevedere formazione iniziale e continua, supervisione sul campo, aggiornamento delle competenze e modalità sostenibili di supporto. La programmazione dovrebbe comprendere l'intero percorso assistenziale, assicurando coerenza tra la domanda generata dalle attività di prossimità e la capacità delle strutture di riferimento in termini di personale, diagnostica, farmaci, *referral*, presa in carico e follow-up. L'organizzazione del modello dovrebbe preservarne le funzioni essenziali evitando modalità operative sostenibili esclusivamente attraverso finanziamenti esterni.

A livello nazionale e provinciale, MISAU e DPS/SPS dovrebbero favorire il consolidamento delle funzioni degli attori comunitari, degli standard formativi e dei meccanismi di supervisione e supporto, nonché il coordinamento tra programmi e l'individuazione dei territori prioritari. A livello distrettuale, gli SDSMAS dovrebbero tradurre tali orientamenti nella pianificazione operativa dei servizi di prossimità, adattandone organizzazione e frequenza alle condizioni territoriali e alle risorse disponibili e assicurando il collegamento tra comunità, strutture sanitarie e servizi di riferimento.

AICS potrebbe accompagnare le autorità sanitarie nazionali e locali nel rafforzamento dei servizi di prossimità, mettendo a disposizione competenze tecniche specifiche per affrontare le criticità organizzative e operative emerse durante l'implementazione dei progetti. Il supporto potrebbe riguardare, in particolare, la pianificazione territoriale dei servizi, l'organizzazione delle attività mobili, il coordinamento tra strutture sanitarie e attori comunitari e la definizione di sistemi di supervisione e accompagnamento delle figure comunitarie. Il confronto periodico tra le istituzioni coinvolte, facilitato anche attraverso tavoli di lavoro dedicati, permetterebbe di individuare soluzioni

condivise per mantenere e adattare le modalità di intervento già sperimentate, tenendo conto delle risorse e delle capacità disponibili a livello provinciale e distrettuale.

R6. Promuovere la continuità dello sviluppo delle capacità del sistema sanitario attraverso formazione, applicazione pratica e supervisione

Livello: Istituzionale-operativo

Destinatari principali: MISAU, DPS/SPS e SDSMAS

Supporto: AICS ed enti esecutori

Integrare maggiormente le attività formative sostenute dai progetti nei meccanismi ordinari di sviluppo delle capacità del sistema sanitario, prevedendo, oltre alla formazione iniziale, applicazione pratica, supervisione periodica, aggiornamento e trasferimento delle competenze all'interno delle strutture.

Sviluppare meccanismi che consentano di conoscere e valorizzare le competenze già acquisite dal personale trasferito e di favorirne la trasmissione nelle strutture di destinazione.

A livello provinciale e distrettuale, la programmazione delle formazioni dovrebbe tenere conto della distribuzione e mobilità del personale, identificando le competenze essenziali che devono essere disponibili nelle diverse strutture e prevedendo modalità sostenibili per mantenerle nel tempo. Gli interventi di cooperazione potrebbero sostenere l'avvio e il rafforzamento di questi meccanismi, privilegiando modalità che possano successivamente essere utilizzate dalle istituzioni con le risorse e le capacità disponibili.

R7. Espandere e potenziare i servizi rivolti a adolescenti, giovani e donne, diminuendo le barriere di accesso, valorizzando e adattando le pratiche che hanno dimostrato maggiore efficacia

Livello: Programmatico-istituzionale

Destinatari principali: MISAU e AICS

Coinvolgimento: DPS/SPS, SDSMAS, enti esecutori, strutture sanitarie e attori comunitari

Integrare sistematicamente nella formulazione degli interventi e nella programmazione dei servizi un'analisi differenziata delle barriere che condizionano l'accesso effettivo, con particolare attenzione a adolescenti, giovani, ragazze e donne. Tale analisi dovrebbe considerare l'interazione tra distanza e costi di trasporto, condizioni socioeconomiche, genere ed età, stigma e discriminazione, dinamiche familiari, disabilità e, quando pertinenti, rischi climatici e ambientali.

Valorizzare gli apprendimenti derivanti dagli interventi realizzati, identificando e adattando le pratiche e le modalità di intervento che hanno mostrato risultati positivi, quali l'accoglienza dedicata, il supporto psicosociale, il sostegno tra pari (peer support), l'accompagnamento alla continuità terapeutica e il raccordo tra servizi e comunità. La fattibilità di tale integrazione dovrebbe essere valutata considerando l'organizzazione dei servizi esistenti, le competenze e il carico di lavoro del personale, le risorse disponibili, le caratteristiche e i bisogni dei diversi gruppi di adolescenti e giovani e le possibilità di raccordo con gli attori comunitari, individuando modalità che possano essere progressivamente assunte dal sistema pubblico e mantenute nel tempo.

Un'attenzione specifica dovrebbe essere mantenuta sulle ragazze e giovani donne, considerando congiuntamente bisogni sanitari, salute sessuale e riproduttiva, HIV, salute mentale e fattori sociali e familiari che possono condizionare l'accesso e la continuità assistenziale. Anche in questo caso, le modalità di risposta dovrebbero essere adattate alle caratteristiche dei diversi territori e gruppi, evitando soluzioni standardizzate e coinvolgendo direttamente adolescenti, giovani e donne nell'identificazione delle barriere e nel disegno delle risposte. La loro esperienza dovrebbe essere

valorizzata in quanto portatori di diritti e conoscenza dei propri contesti, e non soltanto come destinatari delle attività.

R8. Rafforzare la ricerca operativa, i partenariati scientifici e l'utilizzo delle evidenze nel sistema sanitario

Livello: Strategico-programmatico

Destinatari principali: MISAU e AICS

Supporto: università e istituzioni di ricerca mozambicane e italiane, altre istituzioni scientifiche ed enti esecutori

Rafforzare la componente di ricerca degli interventi di cooperazione sanitaria, promuovendo sia lo sviluppo delle capacità nazionali di produzione e utilizzo delle evidenze sia l'impiego della ricerca operativa per valutare e consolidare le pratiche sperimentate.

Promuovere partenariati scientifici strutturati e di medio-lungo periodo tra MISAU, università e istituzioni di ricerca mozambicane e partner scientifici italiani e internazionali, valorizzando le esperienze positive già realizzate, tra cui il partenariato con UNIPD, quale riferimento per lo sviluppo di collaborazioni analoghe, adattate alle priorità e alle capacità delle istituzioni coinvolte. Tali partenariati dovrebbero rafforzare il ruolo delle istituzioni mozambicane nella definizione delle priorità di ricerca, nella produzione delle evidenze e nel loro utilizzo per orientare le decisioni del sistema sanitario.

Integrare maggiormente la ricerca operativa nella progettazione e nell'attuazione degli interventi, individuando fin dall'inizio le principali domande conoscitive e prevedendo modalità per condividere e utilizzare i risultati nella programmazione sanitaria, nell'adattamento dei servizi e nell'eventuale istituzionalizzazione delle pratiche efficaci. La pianificazione dovrebbe considerare i tempi necessari per le autorizzazioni etiche, la raccolta e l'analisi dei dati e la diffusione dei risultati, in coerenza con quanto indicato nella R2.

AICS potrebbe sostenere questi processi attraverso la promozione di partenariati scientifici, il coinvolgimento di competenze specialistiche e la facilitazione del confronto tra istituzioni di ricerca e autorità sanitarie, favorendo la capitalizzazione delle evidenze prodotte. Il MISAU dovrebbe mantenere un ruolo centrale nell'identificazione delle priorità conoscitive e nell'utilizzo dei risultati per le decisioni del sistema sanitario.

R9. Rafforzare la gestione adattativa degli interventi, la continuità operativa rispetto ai rischi e cambiamenti del contesto

Livello: Programmatico-operativo

Destinatari principali: AICS ed enti esecutori

Coinvolgimento: MISAU, DPS/SPS e SDSMAS

Rafforzare, fin dalla formulazione degli interventi, l'analisi dei rischi e la definizione di misure operative per garantire la continuità delle attività e dei servizi in presenza di shock esterni, ritardi istituzionali o cambiamenti del contesto. Valorizzando gli strumenti di pianificazione e le possibilità di rimodulazione già previsti dalle procedure AICS, i progetti dovrebbero identificare preventivamente i principali fattori di rischio, prevedere margini realistici nei cronoprogrammi e individuare, ove possibile, modalità alternative di attuazione, chiarendo le responsabilità decisionali per la loro attivazione.

Particolare attenzione dovrebbe essere dedicata ai tempi delle procedure istituzionali e delle autorizzazioni etiche, in coerenza con le R2 e R8, nonché ai rischi climatici e ambientali. Gli effetti di eventi estremi documentati in alcune iniziative valutate, tra cui i cicloni che hanno danneggiato strutture sanitarie e interrotto temporaneamente le attività di prossimità, evidenziano la necessità di

integrare nella pianificazione misure di mitigazione e continuità operativa, soprattutto nei territori più vulnerabili.

Durante l'implementazione, l'analisi dei rischi dovrebbe essere aggiornata periodicamente insieme alle istituzioni sanitarie competenti, utilizzando anche le informazioni prodotte dal monitoraggio e dalla ricerca operativa per individuare tempestivamente criticità e possibili adattamenti. AICS potrebbe accompagnare questo processo attraverso il dialogo tecnico con gli enti esecutori e le autorità sanitarie e l'utilizzo, quando necessario, degli strumenti di flessibilità e rimodulazione già disponibili, favorendo risposte tempestive e coerenti con le condizioni operative e le risorse effettivamente disponibili.

Le raccomandazioni sono riportate anche nell'infografica inclusa nella documentazione accessoria.

9 Lezioni apprese e buone pratiche

Le lezioni apprese presentate di seguito derivano dall'analisi trasversale delle cinque iniziative e dalla triangolazione delle evidenze documentali e raccolte durante la missione. Esse riguardano non soltanto le singole soluzioni adottate, ma soprattutto le condizioni che ne hanno favorito l'efficacia, l'appropriazione e la sostenibilità, e possono pertanto fornire indicazioni utili per la progettazione e l'attuazione di futuri interventi della Cooperazione Italiana nel settore sanitario.

LA1. La continuità della presenza e delle relazioni istituzionali consente di costruire risultati cumulativi che difficilmente possono essere prodotti da interventi isolati

L'esperienza delle iniziative valutate mostra che alcuni dei risultati più rilevanti non derivano esclusivamente dalle attività realizzate nell'ambito di un singolo progetto, ma da processi progressivi di costruzione di relazioni, competenze, conoscenza del territorio e fiducia tra istituzioni, enti esecutori, strutture sanitarie e comunità.

La continuità non implica necessariamente il finanziamento ripetuto dello stesso progetto o dello stesso modello. La lezione riguarda piuttosto il valore della continuità dei processi: un nuovo intervento può produrre maggiore valore quando riconosce e utilizza capacità, relazioni, apprendimenti e soluzioni costruiti precedentemente, adattandoli alle nuove priorità e alle condizioni del contesto.

Questa lezione spiega anche un'apparente contraddizione emersa nella valutazione: alcuni interventi relativamente brevi hanno prodotto risultati apprezzabili proprio perché non partivano da zero. Erano invece inseriti in traiettorie di collaborazione e presenza istituzionale molto più lunghe della durata formale del singolo finanziamento.

LA2. L'integrazione nel sistema sanitario pubblico favorisce l'appropriazione dei modelli, ma non garantisce automaticamente la sostenibilità finanziaria

Le esperienze valutate mostrano che le soluzioni con maggiori possibilità di permanere oltre la durata del finanziamento sono quelle che sono state sviluppate all'interno delle strutture, dei programmi e dei meccanismi ordinari del sistema sanitario, utilizzando e rafforzando, per quanto possibile, personale, competenze e modalità organizzative esistenti.

L'integrazione istituzionale non garantisce automaticamente la sostenibilità finanziaria. Una pratica può essere riconosciuta e incorporata nelle modalità di lavoro delle istituzioni e rimanere al tempo stesso vulnerabile quando richiede costi ricorrenti, personale aggiuntivo, manutenzione, materiali o supporto logistico non disponibili dopo la conclusione del progetto.

La lezione appresa è quindi che l'integrazione nel sistema pubblico costituisce una condizione necessaria, ma non sufficiente, per la sostenibilità: le possibilità di continuità aumentano quando, oltre all'appropriazione istituzionale, le funzioni essenziali introdotte dal progetto possono essere adattate alle capacità organizzative e alle risorse effettivamente disponibili nel sistema sanitario.

LA3. Per adolescenti e giovani, la prossimità ai servizi è anche relazionale

Le esperienze rivolte ad adolescenti e giovani mostrano che la disponibilità e la vicinanza fisica dei servizi non sono sufficienti a favorirne l'utilizzo e la continuità della presa in carico. Ascolto, fiducia, riservatezza, supporto psicosociale, sostegno tra pari e modalità di erogazione adeguate all'età e alle specifiche condizioni dei giovani costituiscono componenti importanti dell'accessibilità del servizio.

Le iniziative valutate evidenziano in particolare il valore di integrare la dimensione clinica con quella relazionale e psicosociale, creando spazi e modalità di presa in carico nei quali adolescenti e giovani possano esprimere bisogni che non riguardano esclusivamente la condizione sanitaria, ma anche stigma, relazioni familiari e sociali e difficoltà nella continuità delle cure.

La lezione appresa è che, negli interventi rivolti ad adolescenti e giovani, la prossimità dovrebbe essere intesa anche come capacità del servizio di adattare la relazione, gli spazi e le modalità di presa in carico alle caratteristiche e ai bisogni specifici di questo gruppo. L'integrazione tra assistenza clinica, supporto psicosociale e relazione tra pari può contribuire a rendere i servizi più accessibili e appropriati per adolescenti e giovani.

LA4. La sostenibilità dipende dalla capacità di preservare e adattare le funzioni essenziali, non dalla replica integrale dei modelli progettuali

Le esperienze valutate mostrano che la sostenibilità è favorita quando le funzioni essenziali e i benefici degli interventi possono essere progressivamente integrati e adattati alle capacità, alle risorse e ai meccanismi ordinari del sistema sanitario. Modelli efficaci durante l'implementazione possono richiedere adattamenti per essere compatibili con le capacità organizzative, finanziarie e umane del sistema sanitario.

Nel valutare la sostenibilità, è utile distinguere tra il modello progettuale e le funzioni che esso ha introdotto. Una determinata modalità operativa può non essere mantenibile integralmente, mentre la funzione alla quale risponde (per esempio avvicinare un servizio alla popolazione, assicurare il follow-up, migliorare lo screening o garantire un'accoglienza adeguata ai giovani) può continuare attraverso soluzioni organizzative differenti.

La sostenibilità va quindi valutata rispetto alla capacità di preservare nel tempo le funzioni che hanno prodotto valore, attraverso modalità operative adattate alle risorse, alle capacità del sistema e al contesto.

LA5. Gli attori comunitari sono una componente del percorso assistenziale, non soltanto uno strumento di sensibilizzazione

Le esperienze valutate mostrano che il contributo degli attori comunitari – inclusi *Agentes Polivalentes Elementares (APE)*, *Agentes Comunitários de Saúde (ACS)*, *activistas comunitários* e altre figure presenti nei diversi contesti – va oltre la diffusione di informazioni sanitarie. In diversi interventi queste figure hanno svolto una funzione essenziale di raccordo tra comunità e sistema sanitario, contribuendo alla mobilitazione, all'identificazione e all'orientamento degli utenti, al *referral*, all'accompagnamento e, in alcuni casi, al follow-up e al recupero delle persone che avevano interrotto i percorsi di cura.

La loro prossimità alle comunità consente inoltre di conoscere e interpretare barriere che possono essere meno visibili dal punto di vista delle strutture sanitarie, comprese difficoltà economiche e geografiche, dinamiche familiari e di genere, stigma, conoscenze, percezioni e pratiche relative alla salute. La mobilitazione comunitaria assume quindi maggiore valore quando non è concepita come semplice sensibilizzazione unidirezionale, ma come un processo di condivisione delle conoscenze, comprensione del contesto, identificazione dei bisogni e costruzione di un collegamento tra comunità e servizi.

Il riconoscimento della componente comunitaria nel sistema sanitario nazionale mozambicano costituisce un importante riferimento istituzionale per valorizzare queste funzioni. Le esperienze valutate mostrano tuttavia che l'effettiva integrazione degli attori comunitari nei percorsi assistenziali dipende dalla chiara definizione dei loro compiti e responsabilità, dal collegamento operativo con le strutture sanitarie e dalla disponibilità di formazione, supervisione e supporto continuativo. La lezione appresa riguarda quindi la necessità di tradurre il riconoscimento istituzionale della componente comunitaria in modalità operative che ne consentano il contributo effettivo e continuativo all'accesso ai servizi e alla presa in carico degli utenti.

LA6. La formazione produce effetti più duraturi quando è accompagnata da applicazione pratica, supervisione e trasferimento delle competenze

Il rafforzamento delle capacità rappresenta uno dei risultati più trasversali delle iniziative valutate e uno di quelli con maggiori possibilità di permanere oltre la conclusione del finanziamento. Le evidenze raccolte mostrano ad ogni modo che la realizzazione di attività formative non garantisce, da sola, l'applicazione e il mantenimento nel tempo delle competenze acquisite.

Le esperienze più promettenti sono emerse quando la formazione è stata collegata alle funzioni effettivamente svolte dagli operatori e accompagnata da applicazione pratica, supervisione sul posto di lavoro, aggiornamento e confronto tra professionisti. In alcuni interventi, per esempio, visite periodiche di supervisione, mentoring e scambi tra operatori hanno consentito di consolidare progressivamente competenze tecniche e comunicative e di affrontare le difficoltà incontrate nella loro applicazione.

La continuità delle competenze è condizionata anche dal turnover e dalla mobilità del personale. Quando le conoscenze rimangono concentrate nelle persone direttamente formate dal progetto, il loro trasferimento può determinare una perdita di capacità per la singola struttura, qualora il personale rimanga all'interno del sistema sanitario, invece, la mobilità può contribuire alla circolazione delle competenze tra strutture e territori. La capacità del sistema di riconoscere, utilizzare e favorire il trasferimento delle competenze già acquisite diventa quindi un elemento importante per valorizzare nel tempo l'investimento realizzato nella formazione.

È emerso inoltre che la possibilità di applicare quanto appreso dipende dalle condizioni operative. Competenze tecniche acquisite attraverso la formazione possono essere utilizzate solo parzialmente quando non sono disponibili attrezzature, materiali e consumabili, quando l'organizzazione del servizio non consente di applicare le nuove pratiche o quando manca una supervisione adeguata.

Lo sviluppo delle capacità deve essere considerato come un processo e non come un'attività formativa puntuale. La sua efficacia e sostenibilità aumentano quando formazione, applicazione pratica, supervisione e aggiornamento, disponibilità delle condizioni necessarie all'applicazione e trasferimento delle competenze all'interno del sistema sono concepiti come componenti dello stesso percorso.

LA7. La ricerca e la produzione di dati aggiornati generano il sistema di gestione dati e la base di evidenze necessaria per la presa di decisioni informata

Le esperienze valutate mostrano che la ricerca applicata produce maggiore valore quando è strettamente collegata all'implementazione e ai bisogni del sistema sanitario e costruita attraverso partenariati tra ricerca e implementazione. a collaborazione tra università, centri di ricerca, enti esecutori e istituzioni sanitarie può collegare la produzione di conoscenze a problemi concreti dell'erogazione dei servizi. Il valore di questi partenariati non risiede soltanto nei prodotti scientifici realizzati, ma anche nello scambio di competenze e metodologie, nella capacità di analizzare i bisogni e nel supporto tecnico nella creazione di sistemi di raccolta, monitoraggio e analisi di dati da utilizzare per prendere decisioni sia sul piano progettuale che su quello strategico e di politiche nazionali.

La conoscenza prodotta attraverso un progetto può costituire essa stessa un risultato durevole dell'intervento. Il suo valore aumenta quando la ricerca risponde a priorità conoscitive condivise, è collegata ai problemi concreti dell'erogazione dei servizi, rafforza le capacità nazionali e produce evidenze, metodologie e risultati utilizzabili dal sistema sanitario e da interventi successivi. Questo potenziale richiede tuttavia tempi compatibili con i processi della ricerca e meccanismi che favoriscano il trasferimento delle evidenze prodotte nei processi decisionali.

LA8. Il coinvolgimento diretto dei beneficiari può trasformare gruppi vulnerabili da destinatari degli interventi in protagonisti e promotori di cambiamento

Vulnerabilità ed esclusione non devono essere considerate caratteristiche statiche delle persone. Quando vengono create condizioni adeguate di ascolto, fiducia, accompagnamento e partecipazione, persone inizialmente considerate soprattutto come beneficiarie possono sviluppare capacità, assumere nuovi ruoli e contribuire attivamente a raggiungere e sostenere altre persone che affrontano condizioni simili.

Questo processo può produrre effetti a catena che vanno oltre l'accesso individuale ai servizi: chi ha vissuto direttamente determinate barriere possiede infatti una conoscenza specifica dei problemi e delle strategie necessarie per affrontarli e può diventare un interlocutore importante per le comunità e per i servizi.

La lezione appresa è che la partecipazione dei beneficiari non costituisce soltanto uno strumento per migliorare la pertinenza degli interventi, ma può diventare essa stessa un processo di empowerment e di cambiamento. Quando le persone, comprese quelle precedentemente marginalizzate o escluse, dispongono di spazi effettivi di partecipazione e di ruoli riconosciuti, possono passare dall'essere destinatarie delle attività a diventare protagoniste e promotrici di cambiamento nelle proprie comunità.

Le lezioni apprese e buone pratiche sono riportate anche nell'infografica inclusa nella documentazione accessoria.

10 Allegati al Rapporto

In linea con quanto indicato nei Termini di Riferimento, al presente Rapporto sono allegati esclusivamente i ToR, la Matrice di Valutazione e l'elenco della documentazione consultata in fase di desk review. La restante documentazione prodotta nel corso della valutazione viene trasmessa separatamente quale documentazione accessoria al Rapporto.

10.1 ToR

Ministero degli Affari Esteri
e della Cooperazione Internazionale

MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI E DELLA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

DIREZIONE GENERALE PER LA COOPERAZIONE ALLO SVILUPPO

Ufficio VII

TERMINI DI RIFERIMENTO

PER LA VALUTAZIONE INDIPENDENTE DELLE INIZIATIVE:

***"Prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili"* AID 11375**

***"TILL THE END. Strategie comunitarie di contrasto alla tubercolosi e all'HIV nella provincia di Inhambane"* - AID 11587/04/1**

***"Espaço Aberto. Rafforzamento dei servizi sanitari per adolescenti e giovani donne con HIV in Mozambico"* - AID 11817/04/06**

***"PROTEGGIMI. Prevenzione della trasmissione Materno – Infantile e trattamento di HIV e TB per le comunità remote"* - AID 012168/01/9**

***"Conoscere per curare: mitigare l'impatto del COVID-19 su adolescenti e giovani HIV+ attraverso la ricerca e il miglioramento dei servizi sanitari"* - AID 12168/02/0**

MOZAMBICO

Valutazione d'impatto

1. Oggetto della valutazione

1.a. Contesto

Le presenti iniziative di cooperazione allo sviluppo in ambito sanitario, realizzate in Mozambico, si inseriscono in un contesto comune segnato da profonde fragilità strutturali del sistema sanitario nazionale e da una vulnerabilità socio-economica diffusa, che incide in modo significativo sulle condizioni di salute della popolazione.

Il Paese presenta una struttura demografica estremamente giovane, con una larga maggioranza della popolazione sotto i 25 anni, elevati livelli di povertà, bassi tassi di alfabetizzazione e una speranza di vita tra le più basse a livello globale. In questo quadro, l'accesso equo ai servizi sanitari di base risulta fortemente limitato, in particolare nelle aree rurali e peri-urbane, a causa dell'estensione geografica del territorio, delle grandi distanze dai centri di salute, della carenza e distribuzione disomogenea delle risorse umane qualificate, nonché di persistenti barriere socio-culturali e di genere che ostacolano l'utilizzo dei servizi da parte delle fasce più vulnerabili, in particolare donne, adolescenti e bambini.

Dal punto di vista epidemiologico, il Mozambico è caratterizzato da un elevato carico di malattie trasmissibili, in particolare HIV/AIDS, tubercolosi e malaria, che continuano a rappresentare le principali cause di mortalità, soprattutto nella popolazione giovane e materno-infantile.
Allo stesso tempo, il Paese ha affrontato una progressiva transizione epidemiologica, con una crescita rilevante delle malattie non trasmissibili (MNT), come patologie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie croniche e tumori, che il Sistema Sanitario Nazionale fatica a intercettare e gestire in modo sistematico, soprattutto a livello di cure primarie.
Tale situazione si innesta su un sistema sanitario sottofinanziato, fortemente dipendente dal settore pubblico e dal sostegno dei partner internazionali, con limitate capacità di pre-pagamento e protezione finanziaria della popolazione e con sistemi di informazione sanitaria ancora deboli, che ostacolano la pianificazione basata su evidenze e l'uso efficiente delle risorse.

Le crisi recenti hanno ulteriormente aggravato questo contesto già fragile. La pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto trasversale e profondo, determinando l'interruzione o la riduzione di servizi sanitari essenziali, l'aumento delle difficoltà di accesso alle cure, problemi di approvvigionamento di farmaci salvavita e un rafforzamento dello stigma associato a determinate patologie, in particolare l'HIV. A ciò si aggiungono gli effetti di eventi climatici estremi, come cicloni e inondazioni, che hanno colpito duramente diverse regioni del Paese, ampliando le disuguaglianze territoriali, indebolendo ulteriormente le infrastrutture sanitarie e riducendo la capacità di risposta dei servizi, soprattutto nelle comunità più remote.

In questo scenario, la Cooperazione Italiana ha finanziato iniziative che condividono un approccio strategico orientato al rafforzamento del Sistema Sanitario Nazionale e all'allineamento con le politiche e le priorità definite dal Ministero della Salute mozambicano. Esse si fondano su principi comuni quali l'equità, il diritto alla salute, la qualità e l'efficienza dei servizi, il decentramento dell'assistenza a livello locale, la responsabilizzazione delle istituzioni locali e il rafforzamento delle partnership, in coerenza con il Piano Strategico del Settore Salute, con le strategie dei programmi nazionali e con gli impegni internazionali assunti dal Paese, inclusi gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030 e le strategie del Fondo Globale.
Un elemento trasversale a tutte le iniziative è **l'attenzione al livello comunitario come spazio privilegiato di intervento**, sia per migliorare l'accesso ai servizi di prevenzione, diagnosi, trattamento e follow-up, sia per ridurre lo stigma, promuovere comportamenti salutari e rafforzare il ruolo delle comunità come attori chiave della salute pubblica. In tale ottica, assumono particolare rilevanza i modelli di assistenza decentrata, l'integrazione dei servizi per diverse patologie, l'impiego di equipe mobili, il coinvolgimento di attivisti comunitari e il rafforzamento del legame tra comunità e strutture sanitarie di riferimento.
Le iniziative condividono inoltre una forte componente di **rafforzamento delle capacità del personale sanitario** attraverso la formazione iniziale e continua, l'aggiornamento delle competenze in risposta ai mutamenti del profilo epidemiologico, il sostegno ai programmi nazionali e lo sviluppo di strumenti innovativi, come la ricerca operativa e la telemedicina, per migliorare la qualità dell'assistenza e la resilienza del sistema sanitario a shock esterni. La produzione e l'utilizzo di evidenze scientifiche per informare le politiche sanitarie,

migliorare la pianificazione e orientare le decisioni a livello locale e nazionale, rappresentano un ulteriore elemento comune, così come l'attenzione agli aspetti di salute mentale e di benessere psicosociale, emersi con maggiore forza a seguito delle crisi recenti.
Nel loro insieme, queste iniziative si collocano quindi all'interno di un quadro unitario di cooperazione allo sviluppo che mira a rispondere in modo integrato e sostenibile alle sfide sanitarie del Mozambico, contribuendo a ridurre le disuguaglianze, migliorare la qualità e la continuità delle cure e rafforzare la capacità del sistema sanitario di garantire, nel lungo periodo, il diritto alla salute per tutta la popolazione.

1. **"Prevenzione e Controllo delle Malattie Non Trasmissibili" (AID 11375)**

Intervento di carattere strutturale e sistemico, volto a rafforzare la risposta del Sistema sanitario nazionale, attraverso il Ministero della Sanità, alla crescente transizione epidemiologica verso le malattie non trasmissibili. Il progetto agisce su formazione delle risorse umane, organizzazione dei servizi di cura delle patologie croniche e sistemi informativi, con particolare attenzione alle cure primarie e alla diagnosi precoce (diabete, ipertensione, cancro della cervice). L'iniziativa funge da incubatore di modelli replicabili a livello nazionale e contribuisce al consolidamento dei Programmi Nazionali sulle MNT.
Aree di intervento: Province di Maputo, Sofala e Zambezia.

2. **"TILL THE END - Strategie comunitarie di contrasto alla tubercolosi e all'HIV" - AID 11587/04/1**

Progetto focalizzato sulla Provincia di Inhambane, che mira a rafforzare l'accesso a servizi di prevenzione e diagnosi di HIV e tubercolosi nelle comunità rurali più remote. Attraverso il potenziamento delle *Brigadas Móveis* (le équipe sanitarie mobili del Sistema Sanitario Nazionale del Mozambico, pensate per portare i servizi sanitari direttamente nelle comunità), e l'erogazione di servizi decentrati, l'intervento contribuisce alla diagnosi precoce, al miglioramento della presa in carico dei pazienti e alla riduzione delle barriere geografiche e sociali all'accesso alle cure.
Aree di intervento: Provincia di Inhambane (Massinga,Funhalouro, Morrumbene e Homoine).

3. **"Espaço Aberto - Rafforzamento dei servizi sanitari per adolescenti e giovani donne con HIV" - AID 11817/04/06**

Il progetto opera in quattro province del Mozambico per ridurre l'impatto dell'HIV su adolescenti e giovani donne, uno dei gruppi più vulnerabili. Punta a rafforzare i servizi sanitari attraverso un approccio **youth-friendly**, migliorando qualità, accesso e continuità delle cure. La formazione di personale sanitario e giovani health educators sostiene campagne mirate di Voluntary Test and Counselling e promuove l'aderenza ai trattamenti. Attività dedicate e iniziative comunitarie mirano a incrementare la retention nei programmi di cura. L'intervento coinvolge direttamente circa 3.500 beneficiari e e genera dati utili a orientare strategie future di prevenzione e cura dall'HIV.
Aree di intervento: Maputo città, Province di Maputo, Sofala e Zambezia.

4. **"PRoTeggiMI - Prevenzione della trasmissione materno-infantile e trattamento di HIV e TB" - AID 012168/01/9**

Intervento comunitario e decentrato nella Provincia di Inhambane, fortemente orientato al potenziamento delle cure materno-infantile e alla prevenzione della trasmissione verticale dell'HIV. Attraverso il rafforzamento delle Brigadas Móveis e l'integrazione dei servizi di HIV, tubercolosi e cure primarie, il progetto migliora l'accesso, la continuità delle cure e la qualità dell'assistenza per donne, bambini e gruppi vulnerabili nelle aree rurali.
Aree di intervento: Provincia di Inhambane - Distretti di Morrumbene, Homoine, Massinga e Funhalouro.

5. **"Conoscere per curare - Mitigare l'impatto del COVID-19 su adolescenti e giovani HIV+" - AID 12168/02/0**

Progetto di ricerca-intervento nel distretto urbano di Beira, volto a rafforzare la risposta all'HIV durante la pandemia di COVID-19. L'iniziativa riunisce insieme produzione di evidenze scientifiche, monitoraggio della salute mentale, rafforzamento dei servizi e *capacity building* del personale sanitario. Il valore aggiunto risiede nell'approccio *evidence-based*, che supporta il miglioramento dei servizi e il processo decisionale a livello locale e nazionale.
Aree di intervento: Provincia di Sofala, Distretto di Beira.

Le allegate schede descrittive contengono le informazioni relative ai documenti previsionali. I documenti di progetto relativi alle iniziative da valutare sono allegati alla Richiesta di preventivo inviata tramite la piattaforma Traspare. Nella fase di Desk Analysis descritta nelle disposizioni gestionali e piano di lavoro, a seguito della comunicazione ufficiale di avvio ai lavori, verrà inoltre fornita ulteriore documentazione.

1.b. Utilità della valutazione

L'obiettivo è di valutare i risultati conseguiti dalle iniziative e, soprattutto il loro impatto, al fine di garantire trasparenza e *accountability,* nonché di produrre evidenze utili a orientare le future strategie di cooperazione allo sviluppo e la programmazione, contribuendo al miglioramento della formulazione e della qualità degli interventi della Cooperazione italiana.

La valutazione d'impatto delle iniziative consentirà, nello specifico, di:

- Analizzare i cambiamenti, intenzionali e non intenzionali, positivi o negativi, prodotti dalle iniziative sulle condizioni di salute delle popolazioni beneficiarie e sul funzionamento del sistema sanitario. In tale prospettiva, la valutazione esaminerà il contributo degli interventi alla riduzione della mortalità associate a HIV, tubercolosi e trasmissione materno-infantile, al miglioramento degli esiti di salute per adolescenti e giovani, nonché al rafforzamento della resilienza dei servizi sanitari locali di fronte a crisi sanitarie. L'analisi dell'impatto terrà conto delle dinamiche di contesto, del contributo di altri attori e delle principali ipotesi causali sottostanti le teorie del cambiamento delle iniziative.

- Esaminare la pertinenza delle stesse rispetto ai bisogni sanitari del contesto mozambicano e alle priorità nazionali in materia di HIV, tubercolosi, salute materno-infantile, salute degli adolescenti e giovani, nonché prevenzione e gestione delle malattie non trasmissibili. La valutazione analizzerà la coerenza interna ed esterna degli interventi, con un focus sulla strategia del Fondo Globale, valutando il grado di allineamento tra obiettivi, strategie e modalità di attuazione, nonché la complementarità e le sinergie tra iniziative accomunate da un approccio integrato ai servizi sanitari e da un forte orientamento comunitario.

- Valutare l'efficacia delle strategie adottate nel migliorare l'accesso, la qualità e l'appropriatezza dei servizi sanitari per i gruppi target - in particolare adolescenti, giovani donne, donne in gravidanza e popolazioni residenti in aree remote - analizzandone l'impatto in termini di empowerment delle comunità beneficiarie, riduzione delle diseguaglianze nell'accesso ai servizi, promozione e rispetto dei diritti umani e superamento delle barriere di genere.

- Valutare la sostenibilità dei risultati conseguiti, analizzando in che misura il rafforzamento delle strutture sanitarie nazionali e locali, risulti sostenibile nel medio-lungo periodo, nonché il livello di ownership locale e il grado di integrazione sistemica dei risultati nella struttura di governance sanitaria. In linea con l'approccio tematico, si valuterà in che misura gli interventi abbiano favorito l'integrazione dei servizi (per quanto concerne HIV, TB, salute sessuale e riproduttiva, MNT) e la continuità delle cure, anche in contesti caratterizzati da vulnerabilità strutturali e da shock esterni, come l'emergenza COVID-19.

1.c. Obiettivi generali della valutazione

La presente valutazione si configura come una valutazione condotta nel settore sanitario in Mozambico, in conformità ai criteri OCSE-DAC (2019), con particolare enfasi sul criterio dell'**impatto**.

La valutazione dovrà esprimere un giudizio generale, adeguatamente motivato, sulla rilevanza degli obiettivi delle iniziative da valutare rispetto alle esigenze e alle priorità dei contesti di intervento, nonché sulla loro coerenza interna ed esterna, sia con le altre iniziative della Cooperazione italiana che con quelle promosse dagli altri donatori.

In base ai risultati raggiunti, tenendo conto anche degli indicatori elencati nel quadro logico, si valuteranno l'efficacia degli interventi, l'efficienza nell'utilizzo delle risorse a disposizione e la sostenibilità dei benefici conseguiti anche sotto il profilo istituzionale, economico, sociale e ambientale.

Particolare attenzione dovrà essere dedicata all'impatto di natura qualitativa delle iniziative valutate, nel loro complesso, e descrivere pertanto quali cambiamenti esse abbiano contribuito a determinare, o si possa ipotizzare che contribuiranno a determinare, in via diretta o indirettamente, nell'ambito del contesto sociale, economico e ambientale. L'analisi dovrà mettere in relazione tali effetti con il livello di conseguimento degli obiettivi indicati nelle schede descrittive allegate e con gli altri indicatori di sviluppo pertinenti, privilegiando una valutazione argomentata e qualitativa dell'impatto complessivo prodotto (per gli indicatori consultare il documento "*Modular framework handbook"* del Global Fund.

In particolare, l'analisi dell'impatto dovrà evidenziare gli effetti, prodotti o emergenti, su benessere collettivo, diritti umani, eguaglianza di genere e ambiente e sottolineare il contributo ad eventuali cambiamenti di carattere strutturale e duraturo nei sistemi di riferimento, nelle norme, nelle politiche pubbliche e/o nelle capacità istituzionali. Si dovrà anche analizzare in che misura e secondo quali meccanismi gli interventi abbiano contribuito a tali cambiamenti, come pure l'influenza di fattori esterni quali il contesto politico, le condizioni economiche e finanziarie.
La valutazione dovrà tenere conto degli eventuali effetti sinergici, sia positivi che negativi, tra i vari progetti oggetto della valutazione, al fine di evidenziare possibili effetti complementari derivanti dalla loro attuazione congiunta.
La valutazione esaminerà anche il grado di logicità e coerenza del design dei progetti e ne valuterà la validità complessiva.

Le conclusioni della valutazione saranno basate su evidenze oggettive, credibili, affidabili e adeguatamente triangolate, tali da permettere alla DGCS di elaborare misure di *evaluation management response,* processo volto ad assicurare che le lezioni apprese e le buone pratiche emerse, nonché le raccomandazioni elaborate, siano tradotte in cambiamenti concreti sia in termini di scelte strategiche, che di modalità operative al fine di migliorare la qualità, la programmazione, la formulazione e la gestione degli interventi di cooperazione allo sviluppo.
Eventuali azioni di follow up alle raccomandazioni, saranno elaborate da AICS e dagli attori destinatari delle raccomandazioni stesse.

La diffusione dei risultati della valutazione contribuirà al rafforzamento dell'*accountability* istituzionale nei confronti del Parlamento - circa l'utilizzo dei fondi stanziati per l'Aiuto Pubblico allo Sviluppo - e dell'opinione pubblica italiana, in relazione alla validità dell'allocazione delle risorse governative disponibili in attività di cooperazione. I risultati della valutazione e le esperienze acquisite saranno condivisi con le principali Agenzie di cooperazione e con i partner locali. La valutazione favorirà anche la *mutual accountabilty* tra partner in relazione ai reciproci impegni.
Infine, mediante il coinvolgimento dei Paesi partner in ogni fase del suo svolgimento, la valutazione contribuirà al rafforzamento della loro capacità in materia di valutazione, favorendo l'appropriazione dei risultati e promuovendo una cultura della valutazione orientata all'apprendimento e al miglioramento continuo delle politiche e degli interventi di sviluppo.
Il team di valutazione potrà suggerire e includere altri aspetti che siano congrui con lo scopo della valutazione.

2. Metodologia della valutazione

2.a. Principi generali e approccio

a) La valutazione deve essere in linea con i più elevati standard internazionali di riferimento, in particolare di integrità e rispetto delle regole civili, degli usi e costumi, dei diritti umani e dell'uguaglianza di genere e del principio del "non nuocere".

Le valutazioni realizzate dalla DGCS tengono conto delle linee guida della cooperazione italiana, si basano sui principi: utilità, credibilità, indipendenza, imparzialità, trasparenza, eticità, professionalità, diritti umani, parità di genere e sul principio del *leave no-one behind.*

La valutazione deve essere condotta con i più elevati standard di integrità e rispetto delle regole civili, degli usi e costumi, dei diritti umani e dell'uguaglianza di genere e del principio del "non nuocere".

Le tematiche trasversali (tra cui diritti umani, genere, ambiente) dovranno avere la dovuta considerazione ed i risultati della valutazione in questi ambiti dovranno essere adeguatamente evidenziati con una modalità trasversale.

b) Per valutare quanto gli interventi abbiano inciso sulla capacità, da un lato di concedere i diritti umani e dall'altro di pretenderne la fruizione, si utilizzerà lo *Human Rights Based Approach*.

Più in generale, il team di valutazione userà un *Results-based approach* (RBA) che costituirà la base per l'analisi di varie fonti informative e di dati derivanti da documentazione di progetto, del quadro logico - laddove disponibile, relazioni di monitoraggio, interviste con le controparti governative, con lo staff del progetto, con i beneficiari diretti, sia a livello individuale sia aggregati in focus group. Tale approccio sarà tuttavia integrato in un quadro valutativo più ampio, orientato all'analisi causale, al fine di verificare non solo il grado di raggiungimento dei risultati attesi, ma soprattutto di valutare l'attribuzione dei cambiamenti osservati agli interventi e l'emergere di effetti inattesi, positivi o negativi.

Il team dovrà in ogni caso considerare il design progettuale degli interventi. Qualora gli interventi non siano stati strutturati secondo una piena logica RBM (*results-based management*) o vi siano lacune in termini di teoria del cambiamento, indicatori o dati di baseline, il team procederà ad integrare o adattare l'approccio metodologico.

A questo scopo, il team di valutazione intraprenderà una missione in **Mozambico**.

Il processo di valutazione dovrà essere "*utilisation focused*", vale a dire che l'enfasi principale verrà posta sull'uso specifico che dei suoi risultati dovrà essere fatto.

c) Il team di valutazione potrà adottare metodologie sia qualitative che quantitative in modo tale da poter triangolare i risultati ottenuti con l'utilizzo di ciascuna di esse. Nella scelta delle metodologie da utilizzare, il team di valutazione dovrà tenere conto degli obiettivi che la valutazione si propone nonché delle dimensioni e caratteristiche degli interventi. Si dovrà esplicitare quali metodi si utilizzano sia per la valutazione che per la raccolta dei dati e la loro analisi, motivando la scelta e chiarendo le modalità di applicazione degli stessi.

In ogni caso, le metodologie utilizzate dovranno essere in accordo con tutti i principi enunciati in precedenza nei punti a e b. In particolare, la prospettiva di genere dovrà sempre essere integrata (alla luce del tipo di intervento valutato) e con modalità che dovranno essere indicate nella proposta tecnica presentata (ad esempio, la presenza nel team di personale di sesso femminile o comunque esperto in materia di genere, raccolta ed analisi dei dati in maniera disaggregata per genere etc.).

Nella fase di avvio della valutazione, i valutatori dovranno:

- proporre le principali domande di valutazione e le domande supplementari, in maniera puntuale e tenendo conto delle caratteristiche specifiche degli interventi;
- elaborare la matrice di valutazione, che, per ciascuna delle domande di valutazione e domande supplementari che si è deciso di prendere in considerazione, indichi le tecniche che si intendono utilizzare per la raccolta dei dati e fornisca altre informazioni quali i metodi di misura, eventuali indicatori, la presenza o meno di *baseline* e quanto altro opportuno in base alle esigenze della valutazione;
- stabilire le modalità di partecipazione degli stakeholder alla valutazione con particolare attenzione ai beneficiari e ai gruppi più vulnerabili.
- ricostruire la teoria del cambiamento, compatibilmente con le modalità di impostazione progettuale degli interventi.

2.b. Qualità

Il team di valutazione userà diversi metodi (inclusa la triangolazione) al fine di assicurare che i dati rilevati siano validi.

La valutazione dovrà conformarsi ai *Quality Standards for Development Evaluation* dell'OCSE/DAC.[1]

[1] https://www.oecd.org/en/publications/dac-quality-standards-for-development-evaluation_9789264083905-en.html

2.c. Criteri

I criteri di valutazione da adottare, recentemente ridefiniti in ambito OCSE-DAC insieme ai principi di riferimento per il loro utilizzo, costituiscono la base per l'analisi complessiva dell'intervento. Pur rimandando alle fonti OCSE-DAC[2] per un approfondimento dettagliato, si invitano i valutatori a porre particolare attenzione ai primi tre criteri – Impatto, Sostenibilità, Efficacia - in quanto rappresentano gli aspetti prioritari per questa valutazione. Di seguito se ne evidenziano i principali elementi, seguiti dagli altri criteri di riferimento.

Criteri prioritari

- **Impatto**: si analizzeranno gli effetti significativi degli interventi – positivi o negativi, previsti o imprevisti – in un ambito più ampio rispetto ai risultati immediati. L'analisi includerà gli effetti sociali, economici e ambientali, nonché le ricadute su temi chiave quali benessere delle comunità, diritti umani e uguaglianza di genere. La valutazione, pertanto, non si limita a verificare il raggiungimento formale degli obiettivi dichiarati, ma mira a comprendere come gli interventi abbiano inciso sul funzionamento complessivo del sistema sanitario e in che misura abbiano contribuito, direttamente o indirettamente, al miglioramento degli esiti di salute e agli obiettivi di sviluppo più generali.
- **Sostenibilità**: si valuterà la possibilità che i benefici dell'iniziativa si mantengano nel medio e lungo termine, sia per quanto riguarda quelli già realizzati sia per quelli potenzialmente futuri.
- **Efficacia**: la valutazione misurerà il grado e l'entità in cui gli obiettivi dell'iniziativa, intesi in termini di risultati diretti ed immediati, siano stati raggiunti o si prevede lo saranno, con attenzione ai diversi risultati ottenuti nei vari gruppi di beneficiari. Occorrerà analizzare, pertanto, non solo in che misura le azioni realizzate abbiano generato cambiamenti concreti e pertinenti nel contesto di riferimento, ma anche l'effettivo miglioramento dell'accesso, della qualità e della continuità dei servizi sanitari per le popolazioni target.

Altri criteri di valutazione

- **Coerenza**: la valutazione analizzerà la coerenza intesa come la congruenza tra gli interventi proposti e le priorità e le strategie del *Global Fund*, così da assicurare che le azioni finanziate siano allineate sia agli obiettivi del bando, sia alle politiche e ai piani nazionali di salute.
- **Efficienza**: verrà analizzato se l'utilizzo delle risorse sia stato, o si preveda sarà, ottimale per il conseguimento dei risultati, in termini economici, temporali e gestionali.
- **Rilevanza**: il team di valutazione verificherà in che misura gli obiettivi e il disegno dell'iniziativa rispondano ai bisogni, alle politiche e alle priorità dei beneficiari, del Paese e delle istituzioni partner, anche in contesti mutevoli.

2.d. Quesiti valutativi

I quesiti valutativi dovranno essere formulati soprattutto in funzione dell'utilità e degli obiettivi della valutazione. Anche l'interpretazione specifica dei criteri OCSE-DAC, nonché di eventuali criteri aggiuntivi, dipenderà da cosa la valutazione mira ad evidenziare e dall'utilizzo che della valutazione stessa si intende fare. Le domande sull'efficacia e sull'impatto dovranno basarsi sul livello degli *outcome* e degli impatti specifici generati, anziché su specifici output e sull'impatto globale, difficilmente quantificabile.

[2] Per le definizioni dei Criteri OCSE si rinvia al seguente link: https://www.oecd.org/en/topics/sub-issues/development-co-operation-evaluation-and-effectiveness/evaluation-criteria.html

Per meglio valutare l'impatto, una parte dei quesiti dovranno essere del tipo causa-effetto. Alcune domande dovranno essere indirizzate a tematiche trasversali (povertà, diritti umani, questioni di genere o ambientali etc.).

In ogni caso, i quesiti (principali e supplementari) dovranno essere formulati quanto più possibile in maniera dettagliata, facendo riferimento alle specifiche caratteristiche degli interventi, in forma chiara e con un taglio operativo che tenga anche conto della concreta possibilità di darvi una risposta.

2.e. Coinvolgimento degli stakeholder locali

I metodi utilizzati dovranno essere il più partecipativi possibile, prevedendo in tutte le fasi il coinvolgimento dei destinatari "istituzionali" della valutazione, del Paese partner, dei beneficiari degli interventi ed in generale di tutti i principali *stakeholders*.

Il team di valutazione dovrà coinvolgere gli *stakeholders* locali nella realizzazione della valutazione realizzando attività formative di *capacity building* volte alla promozione di una cultura della valutazione orientata all'apprendimento e al miglioramento continuo delle politiche e degli interventi di sviluppo.

Inoltre, al termine della visita sul campo, le informazioni utili alla valutazione raccolte saranno condivise dal team con gli *stakeholders* locali.

Di seguito, sono riportati i principali *stakeholders* locali:

- Ministero della Sanità

- Autorità provinciali e distrettuali di competenza, direzione e personale dei centri di salute oggetto degli interventi di cooperazione,

- gli enti esecutori in loco (OSC, Università), comitati di salute relativi ai centri di salute;

- donatori di settore attivi nel Paese e rappresentanti delle OO.II.

2.f. Profilo del team di valutazione

Il servizio di valutazione dovrà essere svolto da un team di valutazione, composto da almeno 3 membri, incluso il *team leader*, il quale sarà il referente della DGCS per l'intera procedura e parteciperà alle riunioni ed ai seminari previste dal piano di lavoro.

I membri del *team* dovranno avere i seguenti requisiti:

FIGURA	REQUISITI MINIMI	REQUISITI PREFERENZIALI
EXPERT (Team Leader)	• Diploma di laurea triennale; • Padronanza della lingua **italiana** e **inglese**, parlata e scritta; • Esperienza in attività di valutazione di iniziative di cooperazione allo sviluppo (**almeno 5 anni**); • Esperienza in coordinamento di team multidisciplinari (**almeno 3 anni**); • Conoscenza approfondita della metodologia RBM e degli strumenti e modalità di intervento della Cooperazione italiana.	• Padronanza della lingua **portoghese**, parlata e scritta. • Esperienza in attività di valutazione di iniziative di cooperazione allo sviluppo **in ambito sanitario.** • Conoscenza del Paese e del contesto istituzionale.
MID LEVEL / JUNIOR LEVEL	• Diploma di laurea triennale; • Padronanza della lingua **italiana** e **inglese**, parlata e scritta;	• Padronanza della lingua **portoghese**, parlata e scritta.

	• Esperienza in attività di valutazione di iniziative di cooperazione allo sviluppo (**almeno 1 anno JL; almeno 3 anni ML**);	• Esperienza in attività di valutazione di iniziative di cooperazione allo sviluppo **in ambito sanitario.** • Conoscenza del Paese e del contesto istituzionale.
LOCAL (facoltativo, ma consigliato)	• Conoscenza della lingua **portoghese** come lingua veicolare; • Conoscenza del Paese e del contesto istituzionale. • Conoscenza della gestione del ciclo del progetto e dei progetti di cooperazione allo sviluppo.	

Il team di valutazione **dovrà** inoltre disporre delle seguenti competenze, che potranno essere possedute da uno o più membri obbligatori o aggiuntivi:

- Competenze nel settore sanitario e sui fenomeni epidemici, in particolare sulle malattie trasmissibili e non;
- Conoscenza del Paese e del contesto istituzionale;
- Competenza in interviste, ricerche documentate, raccolta e analisi dei dati;
- Competenza adeguata in tematiche trasversali, in particolare in un approccio gender-responsive;
- Competenze relazionali in virtù del contatto con le comunità locali;
- Ottime capacità analitiche, redazionali e di presentazione dei dati.

Nel caso in cui la conoscenza della lingua veicolare non risulti posseduta da alcun candidato, i valutatori sono tenuti a predisporre un adeguato servizio di interpretariato, assicurando la piena comprensione reciproca durante tutte le fasi delle attività di valutazione.

3. Prodotti dell'esercizio di valutazione

Si elencano di seguito gli output dell'esercizio.

- Un **Rapporto d'Avvio in lingua italiana** (intorno alle 20 pagine), da trasmettere alla Stazione Appaltante entro la scadenza concordata in occasione dell'incontro di avvio della valutazione presso la DGCS (generalmente 20 giorni). Il documento dovrà includere la descrizione dell'ambito della valutazione, dei quesiti valutativi principali e supplementari, dei criteri e degli indicatori che verranno utilizzati per rispondere alle domande, delle metodologie che si intendono utilizzare per la raccolta e l'analisi dei dati e per la valutazione in generale, della definizione del ruolo e delle responsabilità di ciascun membro del team di valutazione, del piano di lavoro comprensivo del cronoprogramma delle attività e delle modalità di svolgimento delle visite sul campo.

- Un **Rapporto finale** (max 50 pagine allegati esclusi) **in lingua italiana e tradotto in inglese e portoghese**. Oltre che in formato Word e Pdf (max 3Mb), i rapporti nelle 3 lingue dovranno essere forniti alla stazione appaltante, **in formato cartaceo rilegato in brossura, nella misura di 3 copie per ciascuna delle 3 lingue (9 copie complessivamente).** La redazione e la traduzione in lingua dovranno essere di un livello qualitativo professionale. Il Rapporto dovrà inoltre contenere elementi di infografica che facilitino la lettura e diano immediata evidenza delle risultanze della valutazione. Ulteriori indicazioni in merito al formato e alla struttura del rapporto sono fornite nella relativa scheda descrittiva.

- Una **Sintesi del Rapporto Finale** (max 15 pagine), **in lingua italiana e tradotto in inglese e portoghese**. Oltre che in formato Word e Pdf (max 3Mb), le sintesi dei rapporti nelle 3 lingue dovranno essere fornite alla stazione appaltante, **in formato cartaceo rilegato in brossura, nella misura di 3 copie per ciascuna delle 3 lingue (9 copie complessivamente).** Le copie cartacee dovranno essere dotate di copertina plastificata. La redazione e la traduzione in lingua dovranno essere di un livello qualitativo professionale. Nella versione sintetica del rapporto si dovranno necessariamente includere l'ambito e gli obiettivi della valutazione, l'approccio metodologico, le principali conclusioni e le raccomandazioni.

- **Documentazione fotografica** (in alta definizione) sull'iniziativa valutata e sul suo contesto, a sostegno delle conclusioni della valutazione, fornita su supporto informatico.

- **Due presentazioni Power Point**, rispettivamente in italiano e in portoghese, per illustrare le principali risultanze della valutazione (da utilizzare anche a supporto dei seminari programmati).

- **Seminario di presentazione della bozza di rapporto finale presso il MAECI-DGCS.**

- **Seminario di presentazione del rapporto finale in loco.**

Seguono:

- **Schede descrittive dei progetti;**
- **Disposizioni gestionali e piano di lavoro;**
- **Scheda relativa a formato e struttura del Rapporto di valutazione.**

SCHEDA DESCRITTIVA PROGETTO

TITOLO DEL PROGRAMMA	**"*Prevenzione e Controllo delle Malattie Non Trasmissibili"* AID 11375**
LUOGO DEL PROGRAMMA	Città di Maputo, Nampula, Tete e Zambézia
LINGUA DEL PROGRAMMA	Portoghese
DURATA PREVISTA	36 mesi
DURATA EFFETTIVA	gennaio 2019 – dicembre 2022 (VNO di 12 mesi)
CANALE DI FINANZIAMENTO	Bilaterale
TIPOLOGIA	Affidato OSC
BUDGET TOTALE	7.073.000 Euro
ENTE ESECUTORE	Medici con l'Africa Cuamm (Capofila); Associazione Italiana Amici Di Raoul Follereau (AIFO); Comunità di Sant'Egidio ACAP ONLUS (ACAP)

OBIETTIVI DI SVILUPPO SOSTENIBILE (SDGs): 3 (T 3.4 e 3.c)

Contesto dell'iniziativa

L'iniziativa nasce dalla richiesta del Governo del Mozambico alla Cooperazione Italiana di finanziare un programma di contrasto alle malattie non trasmissibili (MNT), con l'obiettivo di ridurne morbilità e mortalità. A fronte di una storica focalizzazione sulle malattie trasmissibili, il Paese ha vissuto una transizione epidemiologica caratterizzata dal crescente peso delle MNT e ha aderito alle strategie globali e regionali per la loro prevenzione e controllo. Pur avendo definito programmi specifici, il Ministero della Salute ha incontrato difficoltà nella loro integrazione e, nonostante i progressi normativi, il Sistema Nazionale di Sanità (SNS) presenta ancora capacità limitate nella prevenzione, diagnosi e trattamento delle MNT, in particolare a livello delle cure primarie. Persistono debolezze nella sorveglianza epidemiologica, nel Sistema di Informazione Sanitaria e nella disponibilità e distribuzione equa di risorse umane e infrastrutture, soprattutto nelle aree periferiche. In risposta, il Governo ha riconosciuto le MNT come priorità nazionale, istituendo Programmi Nazionali dedicati (malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie croniche, tumori prioritari e traumi) e promuovendo il rafforzamento della formazione del personale sanitario. In questo contesto, l'intervento si configura come una risposta integrata volta a rafforzare le capacità del SNS attraverso lo sviluppo delle competenze delle risorse umane, il miglioramento dell'organizzazione dei servizi e il consolidamento dei programmi nazionali, contribuendo a una risposta più equa, efficace e sostenibile ai bisogni di salute della popolazione.

Obiettivo generale e specifico

L'obiettivo generale è di contribuire alla riduzione della morbi-mortalità in Mozambico a causa delle principali malattie non trasmissibili (in particolare diabete, ipertensione e cancro alla cervice).

L'obiettivo specifico è sviluppare capacità locali per la decentralizzazione dell'erogazione di servizi di assistenza sanitaria integrata per le malattie non trasmissibili (MNT) a livello periferico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN):

- Rafforzare la formazione continua dei professionisti sanitari per la prevenzione, il controllo e la sorveglianza epidemiologica delle MNT, utilizzando strategie innovative di formazione a distanza e tecnologie dell'informazione e della comunicazione;
- Implementare incubatori di un modello di consultazione per le malattie croniche nel SSN, con un focus iniziale sulla diagnosi precoce e sulla gestione appropriata dei fattori di rischio delle malattie croniche;
- Ampliare la diagnosi precoce del cancro attraverso il rafforzamento delle competenze dei tecnici di patologia, la creazione di algoritmi di riferimento adeguati al contesto e il potenziamento delle attrezzature dei laboratori di riferimento.

Descrizione strategia di intervento

La strategia di intervento si articola in un approccio graduale e integrato, volto al rafforzamento delle capacità del Sistema Nazionale di Salute attraverso investimenti infrastrutturali, sviluppo di competenze e consolidamento dei sistemi informativi e di riferimento clinico, con il supporto di partner di implementazione.

In una **fase iniziale** è previsto il rafforzamento delle basi strutturali e organizzative dell'intervento, attraverso il miglioramento delle infrastrutture, la produzione di materiali didattici, l'introduzione e il potenziamento dei registri ospedalieri, nonché la formazione di formatori e il training del personale sanitario. Questa fase include attività di sviluppo curriculare, assistenza tecnica e supporto logistico-amministrativo alle Direzioni e ai Programmi Nazionali competenti, con il coinvolgimento attivo delle istituzioni di formazione e delle ONG partner. Parallelamente, vengono costituite équipe di supervisione incaricate del monitoraggio e della valutazione delle attività implementate nelle strutture sanitarie e nelle istituzioni formative.

La **seconda fase** si concentra sull'implementazione operativa e sulla sperimentazione di modelli di servizio, attraverso l'attivazione delle consultazioni per i fattori di rischio, il rafforzamento dei sistemi di riferimento oncologico e lo sviluppo di attività di formazione continua in aree selezionate, concepite come incubatori per una successiva estensione a livello nazionale. In questa fase viene rafforzata la formazione in servizio dei professionisti maggiormente coinvolti nella gestione delle patologie croniche, a diversi livelli di competenza. Contestualmente, sono previste attività di ricerca operativa e di sorveglianza epidemiologica, finalizzate a produrre evidenze utili al miglioramento dei servizi e al processo decisionale.

Nel suo complesso, la strategia mira a integrare formazione, organizzazione dei servizi, sistemi informativi e partenariati istituzionali, garantendo il coordinamento tra i diversi attori coinvolti e ponendo le basi per la sostenibilità e la replicabilità degli interventi nel medio-lungo periodo.

Risultati da conseguire

L'intervento mira a rafforzare le capacità istituzionali e formative del sistema sanitario, migliorando il Sistema di Informazione Sanitaria per una pianificazione più efficace e basata su evidenze. Attraverso modelli pilota replicabili, formazione continua e uso della telemedicina, il progetto intende migliorare la qualità dei servizi, aumentare la motivazione e la permanenza del personale sanitario, in particolare nelle aree periferiche. Nel complesso, l'intervento contribuirà al miglioramento degli indicatori sanitari nazionali e alla riduzione dell'impatto delle malattie non trasmissibili, in coerenza con gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile.

Elenco dei beneficiari

Beneficiari diretti:

- oltre 5.000 professionisti sanitari, tra cui clinici (medici, tecnici di medicina curativa, tecnici della nutrizione, tecnici di fisioterapia, tecnici di psichiatria, tecnici di salute materno-infantile, agenti di medicina curativa), infermieri, tecnici di laboratorio, tecnici di patologia, tecnici di farmacia, tecnici di medicina preventiva, tecnici di radiologia e personale amministrativo. I professionisti sanitari sono distribuiti tra le Direzioni Nazionali, le Istituzioni di Formazione e le Unità Sanitarie su tutto il territorio nazionale.

- I docenti delle Istituzioni di Formazione (IdF) del MISAU, beneficiari del progetto in quanto costituiscono il gruppo target della formazione sin dall'inizio del progetto.
- 2600 pazienti visitati nel primo anno di implementazioni; circa 4000 donne sottoposte al test visuale con acido acetico per rilevare sospetto di cancro al collo dell'utero.

Beneficiari indiretti: gli abitanti di tutte le province di intervento nel Paese che hanno beneficiato dei risultati dell'implementazione del progetto, in particolare del miglioramento delle condizioni infrastrutturali delle unità sanitarie e/o della riduzione delle malattie non trasmissibili.

Finanziamento

Il finanziamento è stato erogato in tre tranches rispettivamente da: € 2.397.575,40 (prima rata), € 2.224.424,60 (seconda rata), € 2.451.000,00 (terza rata).

Variazioni intervenute

- Il periodo della prima annualità comprende due estensioni non onerose, la prima di quattro mesi fino al 30 aprile 2020 e la seconda di due mesi fino al 30 giugno 2020. Le due estensioni non onerose sono state approvate dalla sede AICS di Maputo in data 14 maggio 2020 (prot. n. 0379).
- Il secondo rapporto (prot. n.01667.14-12-2020) relativo alla seconda annualità comprende una VNO e una proroga temporale di ulteriori 3 (tre) mesi fino al 30/09/2021, approvate dalla Sede AICS Maputo in data 24/02/2021 con prot.n. 04746.
- Con l'invio del rapporto relativo alla terza e ultima annualità (prot. n. 020394.01-07-2022) la OSC capofila ha inoltrato la richiesta di VNO e proroga di ulteriori 3 (tre) mesi, ovvero fino al 31/12/2022, approvate da AICS Maputo con prot. n. 024187 del 05/08/2022.

Rapporti di monitoraggio o valutazione effettuati

Supervisioni congiunte con il Ministero della Sanità:
21/04/2022 e 04/05/2022: Provincia di Maputo
25/04/2022-28/04/2022: Provincia di Zambezia
09/05/2022-13/05/2022: Provincia di Sofala
14/11/2022-18/11/2022: Provincia di Sofala

Nel periodo 5-17 marzo 2023 l'Ufficio IV Sviluppo Umano di AICS ha effettuato una missione di monitoraggio congiunto con AICS Maputo in Mozambico

SCHEDA DESCRITTIVA PROGETTO

TITOLO DEL PROGRAMMA	***"TILL THE END. Strategie comunitarie di contrasto alla tubercolosi e all'HIV nella provincia di Inhambane"* AID 11587/04/1**
LUOGO DEL PROGRAMMA	Provincia di Inhambane
LINGUA DEL PROGRAMMA	Portoghese
DURATA PREVISTA	24 MESI
DURATA EFFETTIVA	29 mesi (1/06/2019 - 31/08/2021)
CANALE DI FINANZIAMENTO	Bilaterale
TIPOLOGIA	Global Fund 5%
BUDGET TOTALE	EURO 405.000,00
ENTE ESECUTORE	MEDICUS MUNDI ITALIA ONG

OBIETTIVI DI SVILUPPO SOSTENIBILE (SDGs): SDG 3 (T 3.3)

Contesto dell'iniziativa

Il Mozambico presenta livelli di sviluppo umano tra i più bassi a livello globale, con forti disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari, in particolare nelle aree rurali. Nella Provincia di Inhambane, l'ampia estensione territoriale, la dispersione della popolazione e le carenti infrastrutture di trasporto limitano fortemente l'accesso ai Centri di Salute, incidendo negativamente sulla prevenzione, diagnosi e trattamento delle principali patologie. In questo contesto, le *Brigadas Móveis* rappresentano uno strumento chiave di decentramento dei servizi sanitari, sebbene la loro implementazione risulti spesso irregolare. La situazione epidemiologica è aggravata dall'elevata incidenza di HIV e tubercolosi, nonché dalla frequente co-infezione TB/HIV, associate a ritardi diagnostici, bassa conferma batteriologica e difficoltà di aderenza terapeutica nelle zone più remote. Nonostante i progressi nell'espansione dei servizi di terapia antiretrovirale, persistono significative barriere di accesso per la popolazione rurale. L'iniziativa si inserisce pertanto nella necessità di rafforzare modelli di intervento integrati e decentrati, in grado di garantire diagnosi precoce, continuità delle cure e monitoraggio dei pazienti direttamente nelle comunità più vulnerabili.

Obiettivo generale e specifico

Obiettivo generale: contribuire agli interventi nazionali e internazionali di lotta contro la tubercolosi e l'HIV nella Provincia di Inhambane.

Obiettivo specifico: migliorare l'accesso a servizi di qualità nella prevenzione e diagnosi della tubercolosi e dell'HIV per la popolazione più vulnerabile delle comunità remote dei Distretti di Massinga, Funhalouro, Homoine e Morrumbene, garantendo il trattamento della tubercolosi a livello comunitario.

Descrizione strategia di intervento

La strategia di intervento adotta un approccio integrato e decentrato, pensato per superare le barriere geografiche e strutturali che limitano l'accesso ai servizi sanitari nelle aree rurali. Il fulcro dell'azione è rappresentato dalle *Brigadas Móveis*, equipe sanitarie multidisciplinari che portano regolarmente nelle comunità più remote servizi di prevenzione, educazione sanitaria, screening e diagnosi precoce di tubercolosi e HIV, insieme alle principali prestazioni di salute pubblica. L'utilizzo di metodologie partecipative e il

coinvolgimento attivo dei leader comunitari favoriscono la fiducia della popolazione, aumentano l'adesione ai servizi e rafforzano la consapevolezza sui rischi e sulle modalità di prevenzione delle due patologie.

Parallelamente, la strategia rafforza la continuità delle cure attraverso l'introduzione di tecnologie diagnostiche innovative e mobili, come il GeneXpert Edge, e la creazione di point of care comunitari per il trattamento della TB, strettamente collegati ai Centri di Salute. Questo modello consente di ridurre i tempi di diagnosi, prevenire la perdita dei pazienti nel percorso di cura e migliorare l'aderenza terapeutica, anche grazie ad attività di supervisione, follow-up e ricerca attiva domiciliare. Il progetto agisce inoltre sul rafforzamento del sistema sanitario locale mediante formazione mirata degli operatori, coordinamento strutturato tra i diversi livelli istituzionali e produzione di evidenze scientifiche, con l'obiettivo di garantire sostenibilità, qualità dei servizi e allineamento con i Programmi Nazionali di Controllo della TB e dell'HIV.

Risultati da conseguire

L'intervento mira ad aumentare significativamente l'accesso ai servizi di salute, migliorando la prevenzione e la diagnosi precoce di TB e HIV, inclusa la TB multiresistente, e riducendo le perdite nel percorso di cura. Si prevede un incremento dei casi diagnosticati e trattati, una maggiore aderenza terapeutica grazie ai point of care e alla ricerca attiva domiciliare, e una riduzione dell'abbandono del trattamento. Al contempo, il rafforzamento delle competenze degli operatori e del coordinamento istituzionale contribuirà a sistemi sanitari più efficaci, mentre le attività di ricerca e divulgazione produrranno evidenze utili a orientare politiche e buone pratiche a livello locale, nazionale e internazionale.

Nel dettaglio:

- **R1**: Rafforzare la prevenzione e la diagnosi precoce di tubercolosi e HIV, nelle comunità rurali dei Distretti target (Morrumbene, Homoine, Funhalouro, Massinga).
- **R2**: Garantire il trattamento della tubercolosi e l'aderenza al trattamento dei pazienti delle comunità rurali.
- **R3**: Rafforzare le competenze delle figure sanitarie di riferimento in ambito di TB e HIV e favorire il coordinamento a livello provinciale e nazionale.
- **R4**: Condurre analisi epidemiologiche, realizzare evidenze scientifiche e diffondere i risultati a livello provinciale, nazionale e internazionale.

Elenco dei beneficiari

Beneficiari diretti
Sono le persone e i gruppi che partecipano direttamente alle attività del progetto o ne ricevono i servizi:

- **Donne e bambini delle comunità rurali** raggiunte dalle Brigadas Móveis:
  - 6.000 donne beneficiarie di visite pre e post-natali
  - 8.000 donne seguite nella pianificazione familiare
  - 6.500 bambini vaccinati
- **Popolazione generale** che accede ai servizi sanitari di base:
  - 22.400 adulti e bambini trattati per la malaria
  - 90.000 pazienti sottoposti a screening clinico
- **Beneficiari delle attività di prevenzione e diagnosi TB e HIV**:
  - 111.000 adulti e bambini partecipanti a sessioni di educazione sanitaria
  - 5.000 pazienti sottoposti a test TB con GeneXpert Edge
  - 22.400 persone sottoposte a test HIV
  - 500 pazienti diagnosticati e trattati per TB nei point of care
  - 1.000 pazienti con TB monitorati durante il trattamento
  - 350 beneficiari della ricerca attiva e del counselling familiare
- **Operatori e personale sanitario** coinvolti nel rafforzamento delle competenze e nel coordinamento:
  - 15 tecnici di laboratorio e 80 clinici formati su GeneXpert e PNCT
  - 80 operatori sanitari formati sulla gestione dell'HIV

    - 100 operatori sanitari partecipanti alle riunioni distrettuali HIV/TB
- **Attori istituzionali e della conoscenza** coinvolti nelle attività di coordinamento, ricerca e diffusione:
    - 20 partecipanti alle riunioni provinciali e nazionali con il Fondo Globale
    - Enti pubblici locali (SDSMAS, DPSI, MISAU)
    - 80 partecipanti al workshop provinciale
    - 300 partecipanti a congressi
    - 1.200 lettori di riviste scientifiche specializzate
    - 2.000 partecipanti a eventi pubblici
    - 3.000 persone raggiunte dalle campagne media

Totale beneficiari diretti: 117.780 persone.

Beneficiari indiretti

Sono i soggetti che traggono beneficio dagli effetti sistemici e di lungo periodo del progetto:

- **Popolazione delle 98 comunità rurali** servite dai servizi comunitari in Mozambico: circa **170.000 persone**, che beneficiano di un miglioramento complessivo dell'accesso, della qualità e della continuità dei servizi sanitari.
- **Popolazione in Italia** raggiunta indirettamente dalle attività di sensibilizzazione e divulgazione: circa **5.000 persone**.
- **Sistema sanitario locale e nazionale**, che beneficia di operatori più formati, dati epidemiologici più solidi, migliore coordinamento istituzionale e modelli replicabili di intervento.
- **Stakeholder istituzionali e comunitari**, tra cui responsabili provinciali e distrettuali dei programmi TB e HIV, responsabili dei Centri di Salute, leader comunitari, direttori dei servizi distrettuali, CCM, Principal e Sub-Recipients del Fondo Globale, coinvolti nel rafforzamento della governance e della programmazione sanitaria.

Finanziamento

L'erogazione del finanziamento è avvenuta in un'unica tranche pari a € 405.000,00.

Variazioni intervenute

Richiesta del 2019 di VNO del Piano Finanziario e proroga temporale di tre mesi

Richiesta del 2021 di VNO del Piano Finanziario

Rapporti di monitoraggio o valutazione effettuati

/

SCHEDA DESCRITTIVA PROGETTO

TITOLO DEL PROGRAMMA	**"*Espace Aberto. Rafforzamento dei servizi sanitari per adolescenti e giovani donne con HIV in Mozambico"* AID 11817/04/06**
LUOGO DEL PROGRAMMA	Province di Sofala, Maputo, Maputo città, Zambezia
LINGUA DEL PROGRAMMA	Portoghese
DURATA PREVISTA	24 mesi
DURATA EFFETTIVA	34 MESI (01/03/2020 - 30/09/2021**)**
CANALE DI FINANZIAMENTO	Bilaterale
TIPOLOGIA	Global Fund 5%
BUDGET TOTALE	EURO 450.000,00 (contributo AICS su un budget totale e di € 736.250,00)
ENTE ESECUTORE	ACAP - COMUNITÀ DI S. EGIDIO ONLUS

OBIETTIVI DI SVILUPPO SOSTENIBILE (SDGs): SDG 3 (T 3.3)

Contesto dell'iniziativa

Il Mozambico presenta un contesto sanitario fragile, segnato da forti disuguaglianze territoriali e da una grave carenza di risorse. Nel 2017 la popolazione era di circa 27,9 milioni di persone, con un'aspettativa di vita ancora bassa (57 anni per le donne e 51 per gli uomini) e una disponibilità di personale sanitario pari a 1,74 operatori ogni 1.000 abitanti, inferiore agli standard OMS. La spesa sanitaria pro capite è tra le più basse della regione e l'accesso ai servizi di qualità resta particolarmente limitato nelle aree rurali, rendendo il Paese fortemente dipendente da finanziamenti esterni.

Il Paese affronta una tripla epidemia di HIV, tubercolosi e malaria, con l'HIV come principale emergenza. Nel 2018 la prevalenza dell'HIV nella popolazione adulta era del 12,6%, con un forte impatto su bambini, adolescenti e giovani donne. Solo il 72% delle persone con HIV conosceva il proprio status e il 56% era in trattamento, lontano dagli obiettivi 90-90-90. Particolarmente critica è la situazione di adolescenti e giovani (15-24 anni), caratterizzata da bassa conoscenza sulla prevenzione (30,8%), alti tassi di abbandono delle cure e marcate disuguaglianze di genere. In questo contesto emerge la necessità di rafforzare servizi sanitari più accessibili e mirati, in particolare per adolescenti e giovani donne, migliorando diagnosi, presa in carico e continuità delle cure.

Obiettivo generale e specifico

Obiettivo generale: massimizzare l'impatto delle azioni contro l'HIV in Mozambico, contribuendo alla realizzazione di due obiettivi di sviluppo sostenibile:

- Obiettivo di Sviluppo Sostenibile 3: Benessere e Salute. Il progetto vuole contribuire ad accrescere il benessere e le condizioni di salute della popolazione del Mozambico Centrale e Meridionale attraverso i servizi di prevenzione, Voluntary Test and Counselling e trattamento dell'HIV in modo da rinforzare un sistema sanitario debole che non riesce a rispondere ai bisogni della popolazione
- Obiettivo di Sviluppo Sostenibile 5: Parità di genere, la maggior parte dei beneficiari composta da donne e ragazze che sono maggiormente colpite da HIV e dallo stigma che lo accompagna a causa di disparità culturali, sociali ed economiche.

Il progetto vuole dunque:

- promuovere servizi sanitari di qualità ed efficacia (prevenzione e cura)
- rafforzare le risorse umane attraverso sensibilizzazione e formazione del personale dei centri di salute
- migliorare la compliance del trattamento nei pazienti in cura
- effettuare ricerca operativa per acquisire dati socio-demografici degli adolescenti e giovani donne coinvolti nei 7 centri, dati sulla retention e aderenza alla terapia antiretrovirale, dati di adesione ai servizi proposti.

Obiettivo specifico: ridurre il rischio e l'impatto dell'HIV/AIDS su giovani donne e adolescenti in 4 province in Mozambico (province di Sofala, Maputo, Maputo città e Zambezia).
A tal fine, l'iniziativa intendeva agire su diverse carenze del sistema sanitario, con l'obiettivo di aumentare la compliance di adolescenti e giovani ai programmi di cura. Infine, l'iniziativa mira a contribuire all'eliminazione degli ostacoli che non permettono di raggiungere le mete prefissate dalla Strategia 90-90-90 che entro il 2020 voleva raggiungere il:

1. 90% di persone con HIV che conoscono il loro status
2. 90% delle persone con una diagnosi HIV che ricevono terapia antiretrovirale
3. 90% delle persone che ricevono terapia antiretrovirale raggiungono la soppressione della carica virale.

Descrizione strategia di intervento

La strategia si concentra su un modello integrato di presa in carico *youth-friendly* per adolescenti e giovani donne (10–24 anni) con HIV, rafforzando l'accesso ai servizi, la qualità delle cure e l'aderenza al trattamento. L'intervento mira a superare i limiti delle campagne di Voluntary Test and Counselling (VCT) esistenti, attraverso la formazione di 14 health educators adolescenti e giovani, per supportare il personale sanitario nella realizzazione di campagne mirate e più efficaci.

Il progetto prevede servizi sanitari gratuiti per circa 3.500 adolescenti e giovani donne per due anni, con attività dedicate due giorni al mese e un approccio *life-cycle* che accompagna le giovani persone nell'affrontare le sfide legate a una malattia cronica. Sono previste inoltre attività aggregative per migliorare l'aderenza terapeutica e la *retention* nel programma, supportando il personale sanitario nella gestione di pazienti HIV in modo continuativo e mirato.

La qualità delle cure è garantita dal personale formato, dal monitoraggio routinario della carica virale secondo le linee guida OMS e dall'integrazione con la diagnosi e il trattamento della tubercolosi, spesso non rilevata e ad alto impatto sulla morbidità e mortalità prevenibile. Questo approccio integrato mira a garantire una presa in carico completa, migliorando sia gli esiti clinici sia la continuità dei servizi per adolescenti e giovani donne nelle comunità target.

Risultati da conseguire

I risultati attesi e le attività del progetto sono:
R1. Rafforzamento del servizio sanitario disponibile per adolescenti con HIV in sette centri di salute:
R1.A1. Monitoraggio clinico e diagnostico pazienti adolescenti con HIV
R1.A2. Supporto all'aderenza e alla retention di adolescenti
R2. Rafforzamento del servizio sanitario disponibile per giovani donne con HIV in 7 centri di salute:
R2.A1. Monitoraggio clinico e diagnostico di giovani donne con HIV
R2.A2. Supporto all'aderenza e alla retention di giovani donne
R3. Sono accresciute le conoscenze della popolazione sull'HIV in adolescenti e giovani donne:
R3.A1. Campagna di voluntary test and counselling

Elenco dei beneficiari

I **beneficiari diretti** del progetto sono:

- 2.250 adolescenti con HIV (per il 52% femmine) tra i 10 e i 19 anni
- 1.250 giovani donne con HIV tra i 20 e i 24 anni
- 22 *health workers* beneficiari di un corso di formazione per l'approfondimento di tematiche riguardanti l 'HIV negli adolescenti e nelle giovani donne.
- 14 giovani tra i 18-24 anni beneficiari di una formazione come *health educators* che rappresentano gli youth leader nei 7 centri di salute.
- 5.000 persone coinvolte in attività di sensibilizzazione su prevenzione e cura dell'HIV nei due anni di pr ogetto, di queste, 8.000 persone beneficiarie di test HIV, per la maggior parte adolescenti (10-19 anni) e giovani donne (20-24 anni).

Sono persone che vivono nelle Province di Maputo Città, Sofala, Zambesia e Maputo Provincia, in particolare nelle aree di Maputo, Matola, Beira, Manga Chingussura, Quelimane e Zimpeto. L'obiettivo è di far ricevere a circa 3.000 beneficiari già entro il primo anno cure di qualità specifiche per questi gruppi particolarmente vulnerabili, godendo di personale di riferimento, giorni dedicati. Grazie alle campagne di sensibilizzazione si prevede un aumento dei beneficiari delle cure gratuite di circa il 15% entro la fine del progetto.

I **beneficiari indiretti** del progetto sono le famiglie degli adolescenti e delle giovani donne coinvolte nel progetto nelle 4 province interessate, intorno ai centri di salute inclusi, beneficiari di una migliore salute dei pazienti che saranno più aderenti. Si include, tra i beneficiari indiretti, anche la comunità scientifica e tutta la popolazione mozambicana, che vedrà i benefici della ricerca operativa realizzata dalla Scuola Superiore Sant'Anna.

Finanziamento

Erogazione del finanziamento in un'unica tranche da 450.000 €.

Variazioni intervenute

- Nel 2020: I richiesta di estensione non onerosa di quattro mesi della prima annualità di progetto con termine al 30 giugno 2021 e VNO del Piano Finanziario
- Nel 2021: II richiesta di estensione non onerosa di tre mesi con termine della prima annualità al 30 settembre 2021 e relativa VNO del Piano Finanziario
- Nel 2022: III richiesta di VNO del Piano Finanziario

Rapporti di monitoraggio o valutazione effettuati

/

SCHEDA DESCRITTIVA PROGETTO

TITOLO DEL PROGRAMMA	***"PRoTeggiMI: prevenzione della trasmissione materno-infantile e trattamento di HIV e TB per le comunità più remote"* AID 012168/01/9**
LUOGO DEL PROGRAMMA	Provincia di Inhambane, Distretti di Morrumbene, Homoine, Massinga, Funhalouro
LINGUA DEL PROGRAMMA	Portoghese
DURATA PREVISTA	24 mesi
DURATA EFFETTIVA	38 mesi **(**1/09/2021 - 31/08/2023)
CANALE DI FINANZIAMENTO	Bilaterale
TIPOLOGIA	Global Fund 5%
BUDGET TOTALE	EURO 455.000,00
ENTE ESECUTORE	MEDICUS MUNDI ITALIA ONG

OBIETTIVI DI SVILUPPO SOSTENIBILE (SDGs): SDG 3 (T 3.3)

Contesto dell'iniziativa

L'intervento si colloca nella Provincia di Inhambane, in Mozambico, caratterizzata da vaste aree rurali e da significative difficoltà di accesso ai servizi sanitari di base, in particolare per le fasce più vulnerabili della popolazione, come donne e bambini. La distanza dai Centri di Salute, la scarsità di personale sanitario e fattori socio-culturali ed economici limitano l'accesso e la fruizione delle cure, mentre eventi recenti, come la pandemia da SARS-CoV-2 e i cicloni Dineo e Idai, hanno ulteriormente peggiorato gli indicatori di salute materna e infantile e quelli relativi alle tre grandi pandemie – HIV, malaria e tubercolosi. Tali emergenze hanno inoltre interrotto per diversi mesi servizi essenziali, come le Brigadas Móveis, aumentando il divario tra aree semi-urbane e rurali e accentuando le disuguaglianze. In questo contesto, le comunità più remote necessitano di interventi mirati per migliorare la prevenzione, la diagnosi e il trattamento di HIV e tubercolosi, con particolare attenzione alla salute di donne e bambini, rafforzando l'accesso ai servizi e la qualità delle cure.

Obiettivo generale e specifico

L'intervento ha come **obiettivo generale** quello di contribuire all'efficacia dei programmi nazionali di contrasto alla diffusione dell'HIV, misurabile attraverso la riduzione del tasso di incidenza dell'infezione nella popolazione, disaggregato per sesso, età e gruppi vulnerabili.

In coerenza con questo, l'**obiettivo specifico** del progetto è aumentare l'accesso a servizi sanitari di qualità per la prevenzione della trasmissione verticale dell'HIV e per il trattamento dell'HIV e della tubercolosi nelle comunità remote della Provincia di Inhambane, in particolare nei distretti di Massinga, Funhalouro, Homoine e Morrumbene. L'iniziativa mira a raggiungere le popolazioni più vulnerabili attraverso l'impiego delle Brigadas Móveis, equipe sanitarie mobili che forniscono servizi di Primary Health Care integrati, garantendo prevenzione, diagnosi e trattamento dell'HIV e della tubercolosi direttamente nelle comunità isolate. In questo modo, il progetto intende migliorare la qualità e l'efficacia dei servizi sanitari, promuovere l'accesso universale alla diagnosi e al trattamento, e ridurre la trasmissione dell'HIV da madre a figlio.

Descrizione strategia di intervento

La strategia di intervento adotta un approccio decentrato e comunitario per migliorare l'accesso ai servizi di salute primaria e al continuum di prevenzione, diagnosi e trattamento di HIV e tubercolosi nelle aree rurali della Provincia di Inhambane. L'azione si fonda sul rafforzamento delle Brigadas Móveis, che consentono di raggiungere regolarmente le comunità più remote, integrando i servizi di base con interventi mirati su HIV, TB e salute materno-infantile, con particolare attenzione alla prevenzione della trasmissione verticale dell'HIV. La strategia combina l'erogazione diretta dei servizi sanitari con attività di sensibilizzazione ed educazione socio-sanitaria, finalizzate a ridurre lo stigma e promuovere comportamenti preventivi, e con il coinvolgimento attivo di attori comunitari, formati per facilitare il collegamento tra popolazione e sistema sanitario e sostenere il follow-up dei pazienti. Parallelamente, il progetto rafforza le competenze del personale sanitario locale e introduce servizi di trattamento e diagnosi a livello comunitario, inclusi strumenti point of care, per garantire una presa in carico tempestiva, continua e di qualità dei pazienti, in coordinamento con il Sistema Sanitario Nazionale.

Risultati da conseguire

- **Miglioramento dell'accesso ai servizi di salute primaria** per le comunità rurali più isolate della Provincia di Inhambane, grazie al rafforzamento e alla regolarità delle Brigadas Móveis. Questo consente a una quota crescente di popolazione, in particolare donne, bambini e gruppi vulnerabili, di ricevere servizi sanitari essenziali senza dover percorrere lunghe distanze verso i Centri di Salute.
- **Potenziamento della prevenzione e della diagnosi precoce dell'HIV**, attraverso attività sistematiche di counselling e test nelle comunità, con un aumento delle persone consapevoli del proprio stato sierologico. In particolare, le donne in gravidanza e in età fertile beneficiano di un accesso più continuo ai servizi di prevenzione della trasmissione verticale, con effetti diretti sulla riduzione delle nuove infezioni pediatriche.
- **Incremento significativo dell'accesso al trattamento antiretrovirale** e un miglioramento della continuità terapeutica, grazie all'estensione dei servizi TARV a livello comunitario e al rafforzamento del follow-up dei pazienti. Questo contribuisce ad aumentare l'aderenza alla terapia e a ridurre l'abbandono, soprattutto nelle aree rurali.
- **Rafforzamento della diagnosi, del trattamento e del monitoraggio della tubercolosi**, inclusa la TB-HIV coinfezione. L'introduzione di screening più tempestivi e di servizi integrati direttamente nelle comunità permette di intercettare un numero maggiore di casi, migliorare la presa in carico e ridurre mortalità e fallimenti terapeutici.
- Consolidamento di un **modello operativo efficace di sanità territoriale**, in sinergia con il MISAU, migliorando l'organizzazione dei servizi decentrati, le competenze del personale sanitario e il coinvolgimento degli attori comunitari, con un impatto duraturo sulla resilienza del sistema sanitario locale.

Elenco dei beneficiari

I **beneficiari diretti** dell'iniziativa sono stimati in 216.000 individui, raggiunti attraverso le attività delle Brigadas Móveis. Essi includono principalmente la popolazione delle comunità rurali target, con una forte prevalenza femminile. In particolare, i beneficiari diretti comprendono 70.000 bambini tra 0 e 5 anni, 26.000 bambini e adolescenti tra 5 e 14 anni e 120.000 persone di età superiore ai 14 anni, per un totale di circa 74% donne e 26% uomini. Rientrano inoltre tra i beneficiari diretti anche gli attivisti comunitari HIV e gli operatori sanitari locali, in particolare le infermiere di Salute Materno-Infantile, che beneficiano delle attività formative e di rafforzamento delle competenze. La selezione dei beneficiari avviene sulla base di criteri di vulnerabilità, difficoltà di accesso ai servizi sanitari e bisogni di salute, in coordinamento con i Servizi Distrettuali di Salute e con il coinvolgimento diretto delle comunità.
I **beneficiari indiretti** sono costituiti dall'insieme della popolazione rurale dei Distretti di Morrumbene, Homoine, Massinga e Funhalouro, pari a circa 561.000 abitanti (dati del Censimento 2017), che beneficiano in modo indiretto del miglioramento complessivo dell'offerta sanitaria, del rafforzamento dei servizi decentrati e dell'aumento della capacità del sistema sanitario locale. A questi si aggiungono circa 5.000 persone in Italia, raggiunte dalle attività di comunicazione, sensibilizzazione e diffusione dei risultati dell'iniziativa, contribuendo ad accrescere la consapevolezza sui temi della salute globale e della cooperazione sanitaria.

Finanziamento

Il finanziamento totale pari a € 455.000,00 è stato erogato in due rate. La prima rata di € 318.500 corrisposta nel 2021. La seconda rata di € 136.500,00 nel 2023.

Variazioni intervenute

N/A

Rapporti di monitoraggio o valutazione effettuati

Nel periodo 5-17 marzo 2023 l'Ufficio IV Sviluppo Umano di AICS ha effettuato una missione di monitoraggio congiunto con AICS Maputo in Mozambico.

SCHEDA DESCRITTIVA PROGETTO

TITOLO DEL PROGRAMMA	***"Conoscere per curare: mitigare l'impatto del COVID-19 su adolescenti e giovani HIV+ attraverso la ricerca e il miglioramento dei servizi sanitari"* AID 12168/02/0**
LUOGO DEL PROGRAMMA	Distretto di Beira; Provincia di Sofala (Mozambico)
LINGUA DEL PROGRAMMA	Portoghese
DURATA PREVISTA	24 mesi
DURATA EFFETTIVA	1/11/2021 - 31/01/2024 (tre mesi di proroga)
CANALE DI FINANZIAMENTO	Bilaterale
TIPOLOGIA	Bando AICS Global Fund 5% del 2020
BUDGET TOTALE	EURO 275.000,00
ENTE ESECUTORE	Università di Padova

OBIETTIVI DI SVILUPPO SOSTENIBILE (SDGs): SDG 3 (T 3.3)

Contesto dell'iniziativa

Il Mozambico presenta una struttura demografica fortemente giovane, con quasi la metà della popolazione sotto i 15 anni, e affronta una sfida sanitaria rilevante legata all'HIV tra adolescenti e giovani. Nonostante i progressi globali nella riduzione di infezioni e mortalità correlate all'AIDS, gli adolescenti rappresentano l'unico gruppo in cui i decessi non sono in diminuzione. Nel contesto mozambicano, tale criticità è aggravata dall'inizio precoce dell'attività sessuale e da una bassa copertura dei servizi di test HIV, in particolare tra i giovani. La situazione è ulteriormente peggiorata dalla pandemia di COVID-19, che ha aumentato lo stigma, limitato le attività di prevenzione comunitaria e ostacolato l'accesso ai servizi di screening e ai trattamenti antiretrovirali, anche a causa delle restrizioni alla mobilità e di carenze locali di farmaci. In questo quadro, emerge il rischio concreto di un arretramento rispetto agli obiettivi nazionali e internazionali di controllo dell'HIV, rendendo necessario un intervento mirato a rafforzare la resilienza dei servizi sanitari e a migliorare l'accesso e la qualità delle cure per adolescenti e giovani HIV+ nel distretto urbano di Beira.

Obiettivo generale e specifico

Obiettivo generale: contribuire al mantenimento e al miglioramento della risposta all'HIV in Mozambico durante la pandemia di COVID-19, riducendo il rischio di peggioramento degli esiti di salute e garantendo la continuità di prevenzione, diagnosi e trattamento, in particolare tra adolescenti e giovani, anche attraverso il rafforzamento della conoscenza dello status HIV e del sistema informativo sanitario.

Obiettivo specifico: incrementare l'accesso e migliorare la qualità dei servizi di prevenzione, diagnosi precoce, trattamento e follow-up dell'HIV per adolescenti e giovani (10–24 anni) nei SAAJ del distretto urbano di Beira, attraverso: una migliore conoscenza dell'impatto del COVID-19 su HIV e salute mentale, il rafforzamento dei servizi e del monitoraggio, il mantenimento della continuità delle cure durante la pandemia, con particolare attenzione a ragazze e giovani donne, gruppo maggiormente vulnerabile.

Descrizione strategia di intervento

La strategia di intervento si basa su un approccio integrato di raccolta, analisi e utilizzo sistematico di dati quantitativi e qualitativi per rafforzare la risposta ai bisogni sanitari degli adolescenti e giovani HIV+ nel distretto urbano di Beira nel contesto della pandemia di COVID-19. L'iniziativa prevede, da un lato, la produzione di evidenze scientifiche sull'epidemiologia del SARS-CoV-2 e sui principali fattori di rischio socio-demografici e clinici attraverso test sierologici, questionari strutturati e analisi comparate; dall'altro, il rafforzamento della continuità di accesso ai servizi HIV e TARV e il monitoraggio dello stato di salute mentale degli utenti dei SAAJ. Parallelamente, la strategia include azioni di capacity building rivolte al personale sanitario e agli attivisti comunitari, nonché attività di sensibilizzazione e l'attivazione di servizi di supporto psicologico, al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti, ridurre l'impatto della pandemia sull'aderenza alle cure e promuovere risposte istituzionali più efficaci, basate su dati concreti e condivisi con le autorità sanitarie competenti.

Risultati da conseguire

- Il progetto mira a **migliorare la disponibilità di dati** sulla prevalenza anticorpale SARS-COVID-2 e sui fattori di rischio associati negli adolescenti e giovani HIV+ del distretto urbano di Beira. Questo risultato dovrebbe essere raggiunto attraverso test sierologici, raccolta di dati socio-demografici e clinici, e analisi approfondita dei risultati, con la produzione di ricerche scientifiche validate e la condivisione dei dati con le autorità sanitarie locali.
- L'iniziativa intende **valutare e monitorare l'impatto della pandemia sulla salute mentale** dei giovani HIV+, mediante questionari standardizzati e analisi comparativa con dati precedenti, producendo ulteriori ricerche scientifiche approvate e pubblicate.
- Il progetto si propone di **rafforzare le competenze e conoscenze di personale sanitario, attivisti comunitari e giovani**, migliorando la prevenzione e gestione di HIV e COVID-19. A tal fine sono organizzate sessioni di formazione, attività di sensibilizzazione comunitaria e l'attivazione di un servizio di consulenza psicologica dedicato agli adolescenti e giovani HIV+.

In sintesi, i principali risultati attesi riguardano: raccolta e analisi dati epidemiologici, produzione di evidenze scientifiche, rafforzamento delle capacità locali e miglioramento dei servizi di supporto psicologico e prevenzione.

Elenco dei beneficiari

Il progetto coinvolge **14.215 beneficiari diretti**, tra adolescenti e giovani sottoposti a test sierologici per SARS-COVID-2, personale sanitario e attivisti comunitari formati, stakeholder partecipanti a eventi di divulgazione, e persone sensibilizzate su HIV e COVID-19, oltre a pazienti che ricevono assistenza psicologica. La selezione dei beneficiari rispetta le fasce d'età e garantisce equità di genere, privilegiando chi non ha partecipato ad altre attività formative e una distribuzione omogenea sul territorio. Gli **effetti indiretti** interessano l'intera popolazione del distretto urbano di Beira, stimata in circa 592.000 abitanti, con particolare attenzione a adolescenti e giovani adulti, nonché al personale e ai policy makers coinvolti nella gestione epidemiologica. Le stime si basano sui dati del **Censimento 2017** e sulle proiezioni demografiche per il 2020.

Finanziamento

Totale di € 260.000,00 corrisposto in due rate da € 182.000,00 (prima) e € 78.000,00 (seconda).

Variazioni intervenute

Nel 2023 nella trasmissione del RI2 l'Università ha richiesto una proroga temporale di tre mesi, con termine del progetto al 31 gennaio 2024 e ha presentato le modifiche unilaterali al Piano Finanziario

Missioni di monitoraggio o valutazione effettuati

Nel periodo 5-17 marzo 2023 l'Ufficio IV Sviluppo Umano di AICS ha effettuato una missione di monitoraggio congiunto con AICS Maputo in Mozambico.

DISPOSIZIONI GESTIONALI E PIANO DI LAVORO	
Desk Analysis	In questa prima fase i valutatori esamineranno la documentazione riguardante il progetto. Dopo la firma del contratto la DGCS fornirà al team di valutazione ulteriore documentazione relativa all'iniziativa oggetto della valutazione. Nella riunione d'avvio, il team incontrerà i rappresentanti degli uffici della DGCS, gli esperti/funzionari dell'Agenzia ed altri stakeholder rilevanti.
Rapporto d'avvio	Il team dovrà predisporre il Rapporto d'avvio (vedi pag. 9), che sarà soggetto ad approvazione da parte della DGCS, entro la scadenza concordata in occasione dell'incontro di avvio della valutazione presso la DGCS (generalmente 20 giorni).
Visita sul campo	Coordinandosi con il MAECI, l'Ambasciata d'Italia e la Sede dell'AICS Maputo, il team di valutazione visiterà i luoghi dell'iniziativa, intervisterà e parti interessate, i beneficiari e raccoglierà ogni informazione utile alla valutazione. Il team di valutazione si recherà sul campo per un periodo stimato di circa **20 giorni complessivi e continuativi** (la durata effettiva sarà determinata dall'offerente). Il suddetto periodo dovrà essere coperto da almeno uno dei membri obbligatori. La presenza in loco del team leader, anche per un periodo circoscritto, è incentivata con l'attribuzione di relativo punteggio in sede di valutazione dell'offerta tecnica (Piano di lavoro). Al termine della visita sul campo, le informazioni utili alla valutazione raccolte saranno condivise dal team con gli stakeholder locali.
Bozza del rapporto di valutazione	Il team predisporrà la bozza del rapporto di valutazione, che dovrà essere inviata per l'approvazione da parte della DGCS.
Commenti delle parti interessate e feedback	La bozza di rapporto sarà sottoposta ai soggetti interni alla DGCS, ai rappresentanti dell'Agenzia e altri eventuali stakeholder individuati dalla DGCS per questa finalità. Commenti e feedback saranno comunicati ai valutatori invitandoli a dare i chiarimenti richiesti e fare eventuali contro-obiezioni, nel pieno rispetto dell'indipendenza delle risultanze della valutazione.
Seminario presso la DGCS	La DGCS organizzerà un seminario per la presentazione da parte del team della bozza del rapporto di valutazione, per l'acquisizione di eventuali commenti e feedback da parte dei soggetti di cui al paragrafo precedente, utili alla stesura del rapporto definitivo.
Rapporto finale e documentazione accessoria	Il team di valutazione, tenendo conto dei commenti ricevuti, definirà il rapporto finale e lo trasmetterà alla DGCS, per l'approvazione. Il rapporto può includere i commenti degli stakeholder. Al rapporto saranno allegati i ToRs, la lista completa dei quesiti valutativi con relativi indicatori e fonti e l'elenco della documentazione consultata. Assieme al rapporto dovrà essere fornito il materiale fotografico e l'ulteriore documentazione prodotta nel corso della valutazione: i questionari, i documenti specifici prodotti per gli approfondimenti di particolari tematiche o linee di intervento, le fonti informative secondarie utilizzate, le tecniche di raccolta dei dati nell'ambito di indagini ad hoc, le modalità di organizzazione ed esecuzione delle interviste, la definizione e le modalità di quantificazione delle diverse categorie di indicatori utilizzati, le procedure e le tecniche per l'analisi dei dati e per la formulazione delle risposte ai quesiti valutativi, inclusa la Matrice di Valutazione etc.
Seminario in loco	Il team di valutazione organizzerà, in coordinamento con la DGCS, un seminario per la presentazione alle controparti del rapporto finale di valutazione. I risultati della valutazione verranno presentati ai principali interlocutori locali: soggetti istituzionali, enti esecutori, rappresentanti dei beneficiari etc. I costi organizzativi del seminario (incluso affitto della sala, catering, eventuali rimborsi per lo spostamento dei partecipanti locali) saranno integralmente a carico dell'offerente. Le modalità organizzative di massima del seminario dovranno essere illustrate nell'offerta del concorrente e concordate in tempo utile nel dettaglio con la DGCS. Per il seminario in loco, è fortemente consigliato fornire il documento "rapporto finale della valutazione" tradotto e stampato in lingua locale.

FORMATO E STRUTTURA DEL RAPPORTO DI VALUTAZIONE

Rilegatura	In brossura con copertina plastificata recante l'indicazione del titolo dell'iniziativa anche nella parte laterale.
Carattere	Arial o Times New Roman, corpo 12 minimo
Copertina	Il file relativo alla prima pagina sarà fornito dall'Ufficio VII della DGCS assieme ai contenuti da inserire nella prima pagina (modalità di aggiudicazione, disclaimer etc.)
Lista degli acronimi	Sarà inserita una lista degli acronimi utilizzati
Localizzazione degli interventi	Inserire una carta geografica relativa alle aree oggetto dell'iniziativa.
Sintesi iniziale	Quadro sintetico di contesto, ambito ed obiettivi della valutazione, metodologia di raccolta e analisi dati, principali conclusioni e raccomandazioni. Segnalare che del rapporto finale è disponibile una versione sintetica.
Contesto	- Situazione Paese, basata su informazioni rilevate da fonti internazionali accreditate. - Breve descrizione delle politiche di sviluppo attive nel Paese, con particolare riferimento alla cooperazione italiana, e della sua situazione politico-istituzionale, socio-economica e culturale.
Ambito ed obiettivo	- Descrizione delle iniziative valutate che includa logica e strategia di base, obiettivi generali e specifici, risultati previsti e stato di realizzazione dei singoli progetti - Obiettivi generali e specifici della valutazione.
Quadro teorico e metodologico	- I criteri di valutazione. - La metodologia utilizzata e la sua applicazione, segnalando le eventuali difficoltà incontrate. - Le fonti informative e il loro grado di attendibilità.
Presentazione dei risultati	La presentazione dei risultati della valutazione dovrà articolarsi sulla base dei quesiti formulati dall'offerente e delle relative risposte (adeguatamente documentate).
Conclusioni	Le conclusioni, fondate sui risultati della valutazione, includeranno un giudizio chiaro e motivato in merito a ciascuno dei criteri di valutazione e dovranno tenere conto di quanto richiesto nella sezione "Utilità" dei ToRs e delle tematiche trasversali.
Raccomandazioni	Le raccomandazioni, relative ad aspetti specifici delle iniziative valutate o a carattere generale, devono comunque essere fondate sulle risultanze e le conclusioni della valutazione. Sono indirizzate ai destinatari istituzionali e finalizzate al miglioramento delle strategie della cooperazione italiana e dei progetti futuri. Per facilitare il *management response* devono essere limitate nel numero (indicativamente non più di 10 raccomandazioni principali) e prevedere una formulazione sintetica che evidenzi chiaramente l'azione da svolgere, accompagnata da un eventuale ulteriore testo esplicativo.
Lezioni apprese e buone pratiche	Sono fondate sulle risultanze della valutazione e possono andare al di là del ristretto ambito del progetto.
Allegati inseriti nel rapporto	In calce al rapporto devono essere inseriti i ToRs (Allegato 1), la lista completa dei quesiti valutativi con relativi indicatori e fonti e l'elenco della documentazione consultata. Ulteriori allegati possono essere inseriti se non contengono dati potenzialmente sensibili (nominativi individuali ed altre informazioni che possono essere usate per identificare individui). Nel rapporto può anche essere inserito l'elenco di tutta la documentazione accessoria prodotta (questionari etc.), inclusa quella non allegata.

10.2 Lista dei quesiti valutativi e relativi indicatori e fonti (Matrice di Valutazione)

Criteri di valutazione	Quesiti valutativi	Tecniche di raccolta dati	Stakeholder coinvolti	Indicatori
Impatto: Analizza il contributo plausibile dei progetti ai cambiamenti osservati a livello individuale, comunitario, istituzionale e sistemico.	1. Quali cambiamenti significativi generati dal progetto permangono dopo la sua conclusione per ciascun gruppo di beneficiari?	Desk review Interviste Focus group	Tutti i gruppi di stakeholder, con particolare attenzione ai beneficiari e alle istituzioni sanitarie	▪ Tendenze di mortalità e morbilità per HIV, TB e salute materno-infantile nelle aree di intervento ▪ Cambiamenti in norme, politiche pubbliche, capacità istituzionali e modelli di servizio riconducibili agli interventi ▪ Istituzionalizzazione di strumenti e approcci introdotti ▪ Adozione o replica dei modelli da parte delle istituzioni al di fuori delle aree di progetto ▪ Plausibilità del nesso causale tra interventi ed effetti ▪ Giudizio di attori istituzionali sui cambiamenti sistemici
	2. In che misura tali cambiamenti possono essere ricondotti ai progetti?	Desk review Interviste	Tutti i gruppi di stakeholder, con particolare attenzione ai beneficiari e alle istituzioni sanitarie	▪ Tipologia ed entità di effetti non previsti, positivi o negativi, documentati nei rapporti di avanzamento e di monitoraggio ▪ Effetti inattesi riferiti da beneficiari, comunità e operatori sanitari, distinti per genere ed età ▪ Plausibilità del nesso tra gli interventi e gli effetti non previsti identificati ▪ Giudizio degli stakeholder sulla significatività e sulla gestione degli effetti inattesi
	3. Sono emersi effetti inattesi, positivi o negativi?	Desk review Interviste Focus group	Tutti i gruppi di stakeholder, con particolare attenzione ai	

Criteri di valutazione	Quesiti valutativi	Tecniche di raccolta dati	Stakeholder coinvolti	Indicatori
		Osservazione diretta	beneficiari e alle istituzioni sanitarie	
Sostenibilità: Esamina la probabilità che i benefici e i cambiamenti generati possano essere mantenuti nel tempo.	4. Le capacità sviluppate sono state istituzionalizzate?	Desk review Interviste	MISAU, DPS, strutture sanitarie, partner esecutori	▪ Integrazione di strutture rafforzate e servizi nella governance sanitaria ordinaria ▪ Esistenza delle condizioni tecniche, finanziarie e normative per replicare e portare a scala gli approcci ai livelli distrettuale, provinciale e nazionale ▪ Giudizio di istituzioni e comunità sulla sostenibilità dei benefici
	5. Le innovazioni introdotte possono essere mantenute o replicate?	Desk review Interviste	MISAU, DPS, strutture sanitarie, partner esecutori	▪ Disponibilità o previsione di risorse finanziarie per sostenere i benefici ▪ Permanenza in servizio del personale formato ▪ Esistenza di strategie di exit/transizione e di piani di sostenibilità definiti e condivisi ▪ Giudizio di enti e istituzioni sulla sufficienza attuale e sulla disponibilità futura delle risorse finanziarie e umane per sostenere le innovazioni
	6. Esiste appropriazione da parte delle istituzioni nazionali e locali? Esiste appropriazione a livello comunitario?	Desk review Interviste	MISAU, DPS, strutture sanitarie, partner esecutori	▪ Assunzione di responsabilità gestionali e finanziarie da parte di istituzioni e comunità locali ▪ Partecipazione di strutture comunitarie nella gestione e supervisione dei servizi ▪ Giudizio di istituzioni e comunità sul livello di appropriazione e sulla capacità autonoma di proseguire le attività

Criteri di valutazione	Quesiti valutativi	Tecniche di raccolta dati	Stakeholder coinvolti	Indicatori
	7. Ci sono stati cambiamenti di conoscenze, attitudini e pratiche in ambito sanitario nei gruppi beneficiari coinvolti?	Desk review Interviste Focus group	DPS, strutture sanitarie, partner esecutori, beneficiari	▪ Cambiamenti documentati nelle conoscenze dei beneficiari ▪ Cambiamenti documentati nelle attitudini e nei comportamenti in materia di salute riferiti da beneficiari, distinti per genere ed età ▪ Variazioni nell'utilizzo dei servizi sanitari da parte dei gruppi target nelle aree di intervento ▪ Giudizio degli operatori sanitari e dei partner sui cambiamenti di conoscenze, attitudini e pratiche osservati nei beneficiari
Efficacia: Analizza il grado di raggiungimento degli obiettivi e dei risultati previsti e i fattori che ne hanno facilitato o limitato il conseguimento.	8. In che misura risultati attesi sono stati raggiunti per ciascuno dei gruppi beneficiari?	Desk review Interviste Focus group Osservazione diretta	Partner esecutori, personale sanitario, beneficiari, attori comunitari	▪ Valori raggiunti dagli indicatori di outcome rispetto ai target ▪ Cambiamenti concreti osservabili nei contesti di riferimento plausibilmente attribuibili agli interventi ▪ Entità e motivazione degli scostamenti tra previsto e realizzato ▪ Giudizio degli stakeholder sul conseguimento dei risultati ▪ Giudizio degli utenti su qualità, continuità e accessibilità dei servizi, distinto per genere ed età
	9. Quali fattori, compresi quelli climatici, hanno favorito o ostacolato il successo dei progetti e l'accesso ai servizi in relazione a ogni gruppo di beneficiari?	Desk review Interviste Focus group Osservazione diretta	Partner esecutori, personale sanitario, beneficiari, attori comunitari	
	10. Come sono stati percepiti i cambiamenti dai differenti gruppi di beneficiari e dagli operatori?	Interviste Focus group Osservazione diretta	Partner esecutori, personale sanitario,	▪ Tipologia ed entità di effetti non intenzionali, positivi o negativi, documentati o riferiti

Criteri di valutazione	Quesiti valutativi	Tecniche di raccolta dati	Stakeholder coinvolti	Indicatori
			beneficiari, attori comunitari	▪ Natura ed entità dei colli di bottiglia e delle barriere all'accesso e all'uso dei servizi per adolescenti e donne ▪ Identificazione dei gruppi esclusi o raggiunti dai servizi in misura minore rispetto al resto della popolazione target ▪ Giudizio degli utenti su qualità, continuità e accessibilità dei servizi, distinto per genere ed età
Coerenza: Esamina il grado di allineamento dei progetti con le priorità e le strategie del Global Fund, con le politiche e i piani nazionali del settore salute, nonché le sinergie e gli orientamenti della Cooperazione italiana.	11. In che misura gli interventi sono stati coerenti con le politiche, le strategie e i piani nazionali del settore salute del Governo del Mozambico? In che misura sono risultati allineati con gli orientamenti della Cooperazione Italiana, con le priorità del Global Fund e con gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (in particolare l'OSS 3 e gli altri OSS pertinenti)?	Desk review Interviste	AICS, MISAU, partner esecutori	▪ Riferimenti nei documenti di progetto agli obiettivi e ai piani strategici del MISAU ▪ Riferimenti nei documenti di progetto agli ODS ▪ Riferimenti espliciti agli obiettivi, alle aree di intervento e ai principi del *Global Fund* e della Cooperazione italiana nei documenti di progetto ▪ Utilizzo nei logframe di progetto di indicatori standard nazionali e internazionali ▪ Giudizio degli stakeholder sul grado di allineamento alle strategie del *Global Fund* e della Cooperazione italiana
	12. In che misura gli interventi sono stati complementari e/o coerenti tra di loro? Sono emerse sinergie tra le diverse iniziative oggetto della valutazione? E con	Desk review Interviste	AICS, MISAU, partner esecutori	▪ Complementarità documentata con interventi di altri partner per aree, target o servizi ▪ Partecipazione a meccanismi di coordinamento del sistema sanitario e di condivisione di strumenti e dati

Criteri di valutazione	Quesiti valutativi	Tecniche di raccolta dati	Stakeholder coinvolti	Indicatori
	interventi di altri attori? Gli interventi hanno evitato duplicazioni tra loro e con altri interventi?			▪ Divisione dei ruoli con altri attori operanti negli stessi contesti ▪ Esempi di sinergie operative concrete tra gli enti esecutori ▪ Giudizio di enti e partner sul grado di coordinamento degli interventi
Efficienza: Valuta la relazione tra risorse impiegate, attività realizzate e risultati ottenuti.	13. Le risorse sono state utilizzate in modo appropriato, in relazione anche ai differenti bisogni dei beneficiari?	Desk review Interviste	AICS, partner esecutori, DPS	▪ Rapporto tra risorse disponibili e fabbisogni per il conseguimento dei risultati ▪ Tasso di esecuzione finanziaria e di utilizzo delle risorse pianificate ▪ Giudizio degli stakeholder sull'adeguatezza e tempestività delle risorse
	14. I modelli operativi adottati sono risultati adeguati ed efficienti per raggiungere i risultati previsti?	Desk review Interviste	AICS, partner esecutori, DPS	▪ Scostamento tra cronoprogramma previsto e attività effettivamente realizzate ▪ Presenza e funzionalità dei sistemi di gestione e monitoraggio ▪ Entità e cause dei ritardi e misure di gestione adottate ▪ Effetto dei ritardi sui risultati e misure di contenimento ▪ Giudizio degli stakeholder sulla tempestività dell'attuazione
	15. Quali fattori organizzativi degli stakeholder istituzionali ed enti esecutori hanno influenzato l'implementazione?	Desk review Interviste	AICS, partner esecutori, DPS	
Rilevanza:	16. In che misura gli interventi hanno risposto ai bisogni delle popolazioni vulnerabili,	Desk review Interviste	MISAU, DPS, partner esecutori,	▪ Selezione di aree geografiche e gruppi target motivata da dati epidemiologici

Criteri di valutazione	Quesiti valutativi	Tecniche di raccolta dati	Stakeholder coinvolti	Indicatori
Analizza la pertinenza dell'intervento rispetto ai bisogni reali dei beneficiari identificati in fase di disegno e alle politiche e priorità del Governo del Mozambico.	in particolare donne, giovani e gruppi vulnerabili/discriminati?	Focus group	operatori sanitari, beneficiari	▪ Presenza nel logframe di indicatori e target riferiti ai gruppi prioritari nelle aree HIV, TB, salute materno-infantile, adolescenti e MNT ▪ Giudizio degli stakeholder sulla pertinenza degli obiettivi rispetto a priorità e bisogni
	17. In che misura gli interventi hanno tenuto conto dei diversi fattori che limitano l'accesso ai servizi sanitari (genere, età, povertà, distanza geografica, stigma, disabilità, eventi climatici estremi, ecc.)?	Desk review Interviste	MISAU, DPS, partner esecutori, operatori sanitari	▪ Presenza, nell'analisi dei bisogni e nel disegno, di un'analisi di genere ed equità e di azioni mirate ▪ Disponibilità di dati disaggregati per genere, età e area geografica e loro uso documentato nella formulazione degli interventi ▪ Tipo di coinvolgimento dei beneficiari nelle diverse fasi degli interventi ▪ Giudizio dei beneficiari, distinto per genere ed età, sulla rispondenza degli interventi ai loro bisogni specifici
	18. In che modo sono stati identificati i gruppi target e le loro caratteristiche? In che modo i gruppi beneficiari sono stati coinvolti, in quanto portatori di diritti, nella identificazione dei loro bisogni specifici e nel disegno delle soluzioni?	Desk review Interviste Focus group	MISAU, DPS, partner esecutori, operatori sanitari, beneficiari	
	19. Le strategie previste erano adeguate al contesto socioeconomico? E ai fattori di rischio ambientale?	Desk review Interviste	MISAU, DPS, partner esecutori, operatori sanitari	▪ Presenza, nei documenti di progetto, di un'analisi del contesto socioeconomico delle aree di intervento ▪ Presenza, nei documenti di progetto, di un'analisi dei fattori di rischio ambientale

Criteri di valutazione	Quesiti valutativi	Tecniche di raccolta dati	Stakeholder coinvolti	Indicatori
				▪ Presenza di misure di adattamento o piani di contingenza per la gestione dei rischi ambientali ▪ Giudizio degli stakeholder sull'adeguatezza delle strategie rispetto al contesto socioeconomico e ai fattori di rischio ambientale

10.3 Elenco della documentazione consultata

(Sub) Folder	File name	Content
AID11375_CUAMM_NCD		
AID11375_Proposal_Contract	AID11375_Proposal.pdf	Project proposal
AID11375_Proposal_Contract	AID11375_Proposal_Annex A1_MoH letter.pdf	Request of financing by MoH
AID11375_Proposal_Contract	AID11375_Proposal_Annex A2_MoH concept note.pdf	Concept note by MoH
AID11375_Proposal_Contract	AID11375_Proposal_Annex B_Financial plan.xlsx	Project proposal budget
AID11375_Proposal_Contract	AID11375_Proposal_Annex C_Logframe.pdf	Project proposal logframe
AID11375_Proposal_Contract	AID11375_Proposal_Annex D_Workplan.pdf	Project proposal workplan
AID11375_Proposal_Contract	AID11375_Proposal_Annex F_Markers.pdf	Project proposal markers
AID11375_Proposal_Contract	AID11375_Contract.pdf	Contract between AICS Maputo and CUAMM
AID11375_Reporting_Y1	AID 11375_Reporting Y1_letter.pdf	Report presentation letter
AID11375_Reporting_Y1	AID 11375_Reporting Y1_A1_tech report.pdf	Technical report
AID11375_Reporting_Y1	AID 11375_Reporting Y1_A2_fin report.pdf	Financial report
AID11375_Reporting_Y1	AID 11375_Reporting Y1_A3_fx rate.pdf	Declaration on exchange rate
AID11375_Reporting_Y1	AID 11375_Reporting Y1_A4_expense list.pdf	Expense list
AID11375_Reporting_Y1	AID 11375_Reporting Y1_A5_exp list_by budget line.pdf	Expense list by budget line
AID11375_Reporting_Y1	AID 11375_Reporting Y1_A6_exp reconciliation_CUAMM.pdf	Expense reconciliation for CUAMM
AID11375_Reporting_Y1	AID 11375_Reporting Y1_A7_exp reconciliation_ACAP.pdf	Expense reconciliation for ACAP
AID11375_Reporting_Y1	AID 11375_Reporting Y1_A8_exp reconciliation_AIFO.pdf	Expense reconciliation for AIFO
AID11375_Reporting_Y1	AID 11375_Reporting Y1_A9_admin costs decl.pdf	Declaration on administrative costs
AID11375_Reporting_Y1	AID 11375_Reporting Y1_A10_VAT decl.pdf	Declaration on VAT payment
AID11375_Reporting_Y1	AID 11375_Reporting Y1_A11_2nd install request.pdf	Request for 2nd installment
AID11375_Reporting_Y1	AID 11375_Reporting Y1_A12_audit report.pdf	Certified audit report
AID11375_Reporting_Y1	AID 11375_Reporting Y1_A13_all fin data.xlsx	All financial data in Excel
AID11375_Reporting_Y1	AID 11375_Reporting Y1_A14_financial plan Y1.pdf	Financial plan for year 1
AID11375_Reporting_Y1	AID 11375_Reporting Y1_A15_tech report signed.pdf	Signed technical report
AID11375_Reporting_Y1	AID 11375_Reporting Y1_A16_photos.pdf	Photographic report
AID11375_Reporting_Y1	AID 11375_Reporting Y1_A17_fin report signed.pdf	Signed financial report
AID11375_Reporting_Y2	AID 11375_Reporting Y2_annex list.doc	List of annexes to report
AID11375_Reporting_Y2	AID 11375_Reporting Y2_A1_tech report signed.pdf	Signed technical report
AID11375_Reporting_Y2	AID 11375_Reporting Y2_A2_tech report.pdf	Technical report
AID11375_Reporting_Y2	AID 11375_Reporting Y2_A3_photos.pdf	Photographic report
AID11375_Reporting_Y2	AID 11375_Reporting Y2_A4_fin report.pdf	Financial report
AID11375_Reporting_Y2	AID 11375_Reporting Y2_A5_financial plan Y2.pdf	Financial plan for year 2
AID11375_Reporting_Y2	AID 11375_Reporting Y2_A6_fx rate.pdf	Declaration on exchange rate
AID11375_Reporting_Y2	AID 11375_Reporting Y2_A7_expense list.pdf	Expense list
AID11375_Reporting_Y2	AID 11375_Reporting Y2_A8_exp list_by budget line.pdf	Expense list by budget line
AID11375_Reporting_Y2	AID 11375_Reporting Y2_A9_exp reconciliation_CUAMM.pdf	Expense reconciliation for CUAMM
AID11375_Reporting_Y2	AID 11375_Reporting Y2_A10_exp reconciliation_ACAP.pdf	Expense reconciliation for ACAP
AID11375_Reporting_Y2	AID 11375_Reporting Y2_A11_exp reconciliation_AIFO.pdf	Expense reconciliation for AIFO
AID11375_Reporting_Y2	AID 11375_Reporting Y2_A12_admin costs decl.pdf	Declaration on administrative costs
AID11375_Reporting_Y2	AID 11375_Reporting Y2_A13_VAT decl.pdf	Declaration on VAT payment
AID11375_Reporting_Y2	AID 11375_Reporting Y2_A14_3rd install request.pdf	Request for 3rd installment
AID11375_Reporting_Y2	AID 11375_Reporting Y2_A15_audit report.pdf	Certified audit report
AID11375_Reporting_Y2	AID 11375_Reporting Y2_A16_all fin data.xlsx	All financial data in Excel
AID11375_Reporting_Y3	AID 11375_Reporting Y3_letter.pdf	Report presentation letter
AID11375_Reporting_Y3	AID 11375_Reporting Y3_A1_tech report.pdf	Technical report
AID11375_Reporting_Y3	AID 11375_Reporting Y3_A10_exp list_by budget line.pdf.pdf	Expense list by budget line
AID11375_Reporting_Y3/AID 11375_Rep Y3_Cla	AID11375_Reporting Y3_clarification request.pdf	Clarification request on financial report
AID11375_Reporting_Y3/AID 11375_Rep Y3_Cla	AID 11375_Reporting Y3_A1_bank statement_CUAMM.pdf	Bank statements for CUAMM
AID11375_Reporting_Y3/AID 11375_Rep Y3_Cla	AID 11375_Reporting Y3_A2_account closing_CUAMM.pdf	Receipt of account closing request for CUAMM

AID11375_Reporting_Y3/AID 11375_Rep Y3_Cla	AID 11375_Reporting Y3_A3_bank statement_AIFO.pdf	Bank statements for AIFO
AID11375_Reporting_Y3/AID 11375_Rep Y3_Cla	AID 11375_Reporting Y3_A5_exp reconciliation_AIFO Y2.pdf	Expense reconciliation for AIFO - Y2
AID11375_Reporting_Y3/AID 11375_Rep Y3_Cla	AID 11375_Reporting Y3_A8_exp reconciliation_AIFO.xlsx	Expense reconciliation for AIFO - all years
AID11375_Reporting_Y3/AID 11375_Rep Y3_Cla	AID 11375_Reporting Y3_final certificate.pdf	Certificate of completion by AICS
AID11587_MMI_Till the End		
AID11587_Proposal_Contract	AID11597_Proposal.pdf	Project proposal - includes workplan, logframe, financial plan
AID11587_Proposal_Contract	AID11597_Award ranking.pdf	Ranking and award of GF financing
AID11587_Proposal_Contract	AID11597_Contract.pdf	Contract between AICS and MMI
AID11587_Reporting_Y1	AID11597_Interim tech report.pdf	Technical report
AID11587_Reporting_Y1	AID11597_Fin report_Y1.xlsx	Financial report
AID11587_Reporting_Y1	AID11597_No cost var and ext 2019.pdf	Approval of no cost variation and extension by AICS
AID11587_Reporting_Y2	AID11597_Final tech report.pdf	Technical report
AID11587_Reporting_Y2	AID11597_Final report_all annexes.pdf	Final report - including technical report, financial report, VAT declaration, expense list, monitoring missions reports, comms between MMI and AICS, report on delivery of movable and immovable property, auditing report
AID11587_Reporting_Y2	AID11597_Financial report email.pdf	Email presenting financial report
AID11587_Reporting_Y2	AID11597_Final fin report.xlsx	All financial data in Excel
AID11587_Reporting_Y2	AID11597_No cost variation 2021_request.pdf	Request for no cost variation
AID11587_Reporting_Y2	AID11597_No cost variation 2021.pdf	Approval of no cost variation by AICS
AID11587_Reporting_Y2	AID11597_Tech note on final report.docx	Technical note approving final report by AICS
AID11587_Reporting_Y2	AID11597_Tech note on final report.pdf	Technical note approving final report by AICS
AID11817_ACAP_Esp Aberto		
AID11817_Proposal_Contract	AID11817_Proposal.pdf	Project proposal - includes workplan, logframe, financial plan
AID11817_Proposal_Contract	AID11817_Contract and bank guarantee_email.pdf	Email sending signed contract and bank guarantee
AID11817_Proposal_Contract	AID11817_Activities start_email.pdf	Email communicating date of activity start
AID11817_Reporting_Y1	AID11817_No cost extension 2021_request.pdf	Request for no cost extension #1
AID11817_Reporting_Y1	AID11817_No cost extension 2021_approval.pdf	Approval of no cost extension #1
AID11817_Reporting_Y1	AID11817_No cost variation and extension 2021_request.pdf	Request of no cost variation and extension #2
AID11817_Reporting_Y1	AID11817_No cost variation and extension 2021_request_email.pdf	Email sending request of no cost variation and extension #2
AID11817_Reporting_Y1	AID11817_No cost variation and extension 2021_request_email_2.pdf	Correction to email sending request of no cost variation and extension #2
AID11817_Reporting_Y1	AID11817_No cost variation and extension 2021_request_signed.pdf	Signed request of no cost variation and extension #2
AID11817_Reporting_Y1	AID11817_Interim tech and fin report_email.pdf	Email sending technical and financial report
AID11817_Reporting_Y1	AID11817_Interim tech report.pdf	Technical report
AID11817_Reporting_Y1	AID11817_Audit report Y1.pdf	Audit report
AID11817_Reporting_Y2	AID11817_Final report email.pdf	Email sending final report
AID11817_Reporting_Y2	AID11817_Final report email_2.pdf	Email sending final report
AID11817_Reporting_Y2	AID11817_Interim tech and fin report.pdf	Interim technical and financial report
AID11817_Reporting_Y2	AID11817_Final tech and fin report.pdf	Final technical and financial report
AID11817_Reporting_Y2	AID11817_Fin report.xlsx	All financial data in Excel
AID11817_Reporting_Y2	AID11817_Fin report Y2_variation.xlsx	Request for budget variation
AID11817_Reporting_Y2	AID11817_Financial summary_Y1Y2.pdf	Financial summary data
AID11817_Reporting_Y2	AID11817_Financial summary_Y1Y2.xlsx	Financial summary data
AID11817_Reporting_Y2	AID11817_No cost variation 2022_request.pdf	Request of no cost variation
AID11817_Reporting_Y2	AID11817_No cost variation 2022_email.pdf	Email sending request of no cost variation
AID11817_Reporting_Y2	AID11817_No cost variation 2022_clarification.pdf	Response to AICS clarification request on no cost variation
AID11817_Reporting_Y2	AID11817_No cost extension 2022_clarification_email.pdf	Email sending response to AICS clarification request on no cost variation
AID11817_Reporting_Y2	AID11817_No cost variation 2022_approval.pdf	AICS approval of no cost variation
AID11817_Reporting_Y2	AID11817_Final tech report_approval.pdf	AICS approval of final technical report
AID11817_Reporting_Y2	AID11817_Tech note on final report.pdf	Technical note approving final report by AICS
AID11817_Reporting_Y2	AID11817_Audit report Y2.pdf	Audit report
	AID11817_Research paper.pdf	Research paper on DREAM program
AID012168_MMI_Protect Me		

AID012168_Proposal_Contract	AID012168_Application.pdf	Letter of application
AID012168_Proposal_Contract	AID012168_Application_email.eml	Email sending application
AID012168_Proposal_Contract	AID012168_Application_email.pdf	Email sending application
AID012168_Proposal_Contract	AID012168_Application_Proposal.pdf	Project proposal
AID012168_Proposal_Contract	AID012168_Application_Admin checklist.docx	Admin checklist
AID012168_Proposal_Contract	AID012168_Application_civil works value estim.pdf	Civil works value estimate
AID012168_Proposal_Contract	AID012168_Application_MCP endorsment.pdf	Endorsement by Global Fund Country Coordination Mechanism
AID012168_Proposal_Contract	AID012168_Application_Partnership DPSI.pdf	Partnership agreement with DPSI
AID012168_Proposal_Contract	AID012168_Application_Partnership UNIBS.pdf	Partnership agreement with UNIBS
AID012168_Proposal_Contract	AID012168_Application_SA1_Dipl mission assessment.docx	Model for risk management assessment by diplomatic mission
AID012168_Proposal_Contract	AID012168_Application_SA1_Dipl mission assessment.pdf	Model for risk management assessment by diplomatic mission
AID012168_Proposal_Contract	AID012168_Application_SA2_Decl operat capacity.pdf	Declaration of operational capacity
AID012168_Proposal_Contract	AID012168_Application_SA3_Decl operat capacity_assessment.docx	Declaration of operational capacity assessment form
AID012168_Proposal_Contract	AID012168_Application_SA4_logframe.pdf	Project proposal logframe
AID012168_Proposal_Contract	AID012168_Application_SA5_workplan.pdf	Project proposal workplan
AID012168_Proposal_Contract	AID012168_Application_SA6_fin proposal.pdf	Financial proposal
AID012168_Proposal_Contract	AID012168_Application_SA6_fin proposal.xlsx	Financial proposal
AID012168_Proposal_Contract	AID012168_Application_SA7_summary EN.pdf	Application summary in English
AID012168_Proposal_Contract	AID012168_Contract.pdf	Contract
AID012168_Reporting_P1	AID012168_Reporting Y1_interim report_letter.pdf	Letter presenting interim report
AID012168_Reporting_P1	AID012168_Reporting_Y1_interim report_email.pdf	Email sending interim report
AID012168_Reporting_P1	AID012168_Reporting Y1_interim report.pdf	Interim report
AID012168_Reporting_P1	AID012168_Reporting Y1_interim report_cash decl.pdf	Declaration on cash expenditures
AID012168_Reporting_P1	AID012168_Reporting Y1_interim report_financial.xlsx	Financial report
AID012168_Reporting_P1	AID012168_Reporting Y1_interim report_logframe.pdf	Interim report logframe
AID012168_Reporting_P1	AID012168_Reporting Y1_interim report_workplan.pdf	Interim report workplan
AID012168_Reporting_P1	AID012168_Reporting Y1_audit report.pdf	Audit report
AID012168_Reporting_P1	AID012168_Reporting Y1_audit report_A1.pdf	Audit report attachment
AID012168_Reporting_P1	AID012168_Reporting Y1_interim report_feedback.pdf	AICS feedback on interim report
AID012168_Reporting_P2/V1	AID012168_Reporting Y2_interim report_letter.pdf	Letter presenting interim report
AID012168_Reporting_P2/V1	AID012168_Reporting Y2_interim report_email.pdf	Email sending interim report
AID012168_Reporting_P2/V1	AID012168_Reporting Y2_interim report.pdf	Interim report
AID012168_Reporting_P2/V1	AID012168_Reporting Y2_interim report_cash decl.pdf	Declaration on cash expenditures
AID012168_Reporting_P2/V1	AID012168_Reporting Y2_interim report_financial.xlsx	Financial report
AID012168_Reporting_P2/V1	AID012168_Reporting Y2_interim report_logframe.pdf	Interim report logframe
AID012168_Reporting_P2/V1	AID012168_Reporting Y2_interim report_workplan.pdf	Interim report workplan
AID012168_Reporting_P2/V1	AID012168_Reporting Y2_monitoring report_admin.pdf	Administrative monitoring report
AID012168_Reporting_P2/V1	AID012168_Reporting Y2_monitoring report_tech.pdf	Technical monitoring report
AID012168_Reporting_P2/V1	AID012168_Reporting Y2_audit report.pdf	Audit report
AID012168_Reporting_P2/V1	AID012168_Reporting Y2_audit report_A1.pdf	Audit report attachment
AID012168_Reporting_P2/V1	AID012168_Reporting Y2_interim report_revision request.pdf	AICS request of revision
AID012168_Reporting_P2/V2	AID012168_Reporting Y2_interim report_V2_email.pdf	Email sending revised interim report
AID012168_Reporting_P2/V2	AID012168_Reporting Y2_clarification.pdf	Response to AICS clarification request
AID012168_Reporting_P2/V2	AID012168_Reporting Y2_interim report_workplan_V2.pdf	Revised interim report workplan
AID012168_Reporting_P2/V2	AID012168_Reporting Y2_monitoring report_tech_clar.pdf	Clarification on technical monitoring report
AID012168_Reporting_P2/V2	AID012168_Reporting Y2_interim report_V2.pdf	Revised interim report
AID012168_Reporting_P2/V2	AID012168_Reporting Y2_interim report_V2_cash decl.pdf	Revised declaration of cash expenditures
AID012168_Reporting_P2/V2	AID012168_Reporting Y2_interim report_V2_logframe.pdf	Revised interim report logframe
AID012168_Reporting_P2/V2	AID012168_Reporting Y2_interim report_V2_financial_signed.pdf	Revised financial report
AID012168_Reporting_P2/V2	AID012168_Reporting Y2_interim report_V2_indicators.pdf	Explication of project indicators
AID012168_Reporting_P2/V2	AID012168_Reporting Y2_V2_approval.pdf	AICS approval of revised report

AID012168_Reporting_P2/V2	AID012168_Reporting Y2_V2_approval_financial.pdf	AICS approval of revised financial report
AID012168_Reporting_P2/V2	AID012168_Reporting Y2_V2_approval_financial.xlsx	AICS approval of revised financial report
AID012168_Reporting_P2/V2	011.Report missione monit.amm.pdf	Duplicate administrative monitoring report from V1 folder
AID012168_Reporting_P2/V2	012.Report missione monit.tecnico.pdf	Duplicate technical monitoring report from V1 folder
AID012168_Reporting_P2/V2	6.GF_All.4_Relazione Revisore Esterno_2 rapp.interm.pdf	Duplicate of audit report from V1 folder
AID012168_Reporting_P2/V2	7.GF_All.5_Allegato 1 Relazione Revisore Esterno_2 rapp.interm.pdf	Duplicate of audit report attachment from V1 folder
AID012168_Reporting_P3/V1	AID012168_Reporting P3_final report_letter.pdf	Letter presenting final report
AID012168_Reporting_P3/V1	AID012168_Reporting P3_final report_email.pdf	Email sending final report
AID012168_Reporting_P3/V1	AID012168_Reporting P3_final report.pdf	Final report
AID012168_Reporting_P3/V1	AID012168_Reporting P3_final report_logframe.pdf	Final report logframe
AID012168_Reporting_P3/V1	AID012168_Reporting P3_final report_workplan.pdf	Final report workplan
AID012168_Reporting_P3/V1	AID012168_Reporting P3_final report_cash decl.pdf	Declaration on cash expenditures
AID012168_Reporting_P3/V1	AID012168_Reporting P3_final report_consolid financial.pdf	Consolidated financial report
AID012168_Reporting_P3/V1	AID012168_Reporting P3_final report_consolid financial.xls	Consolidated financial report
AID012168_Reporting_P3/V1	AID012168_Reporting P3_final report_consolid financial_signed.pdf	Signed consolidated financial report
AID012168_Reporting_P3/V1	AID012168_Reporting P3_audit report.pdf	Audit report
AID012168_Reporting_P3/V1	AID012168_Reporting P3_audit report_A1.pdf	Audit report attachment
AID012168_Reporting_P3/V1	AID012168_Reporting P3_clarification request.pdf	AICS request of clarification
AID012168_Reporting_P3/V2	AID012168_Reporting P3_final report_V2_email.pdf	Email sending revised final report
AID012168_Reporting_P3/V2	AID012168_Reporting P3_final report_V2.pdf	Revised final report
AID012168_Reporting_P3/V2	AID012168_Reporting P3_final report_V2_audit report_A1.pdf	Revised audit report attachment
AID012168_Reporting_P3/V3	AID012168_Reporting P3_final report_V3_letter.pdf	Letter presenting revised final report
AID012168_Reporting_P3/V3	AID012168_Reporting P3_final report_V3.pdf	Revised final report
AID012168_Reporting_P3/V3	AID012168_Reporting P3_final report_V3_cash decl.pdf	Revised declaration of cash expenditures
AID012168_Reporting_P3/V3	AID012168_Reporting P3_final report_V3_financial.pdf	Revised financial report
AID012168_Reporting_P3/V3	AID012168_Reporting P3_final report_V3_financial.xls	Revised financial report
AID012168_Reporting_P3/V3	AID012168_Reporting P3_final report_V3_financial_signed.pdf	Signed revised financial report
AID012168_Reporting_P3/V3	AID012168_Reporting P3_final report_V3_logframe.pdf	Revised final report logframe
AID012168_Reporting_P3/V3	AID012168_Reporting P3_final report_V3_workplan.pdf	Revised final report workplan
AID012168_Reporting_P3/V3	AID012168_Reporting P3_V3_appr	AICS approval of final report
AID012168_Reporting_P3/V3	AID012168_Reporting P3_V3_appr_fin	AICS approval of final financial report
AID012168_Reporting_P3/V3	Allegato 4_Relazione revisore.pdf	Duplicate audit report from V1 folder
AID012168_Reporting_P3/V3	Allegato 5 - Revisore esterno.pdf	Duplicate audit report attachment from V1 folder
AID12168_UNIPD_COVID HIV		
AID12168_Proposal_Contract	AID12168_Contract.pdf	Contract
AID12168_Proposal_Contract	AID12168_Activity start_letter.pdf	Email communicating date of activity start
AID12168_Proposal_Contract	AID12168_Activity start_receipt.pdf	Receipt of email communicating date of activity start
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Award_	AID12168_Additional documents_email.eml	Email sending additional documentation for contract award
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Award_	AID12168_Additional documents_email_data.xml	Email sending additional documentation for contract award
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Award_	AID12168_Additional documents_email_receipt.pdf	Receipt of email sending additional documentation for contract award
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Award_	AID12168_Contract model.docx	Contract model
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Award_	AID12168_Regulations_fellowships.pdf	UNIPD internal regulation on fellowships
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Award_	AID12168_Regulations_missions.pdf	UNIPD internal regulation on missions
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Award_	AID12168_Safety guidelines.pdf	UNIPD internal regulation on safety
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Award_	AID12168_VAT decl.pdf	Declaration on VAT
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Award_	AID12168_Code of conduct.pdf	UNIPD internal code of conduct
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Award_	AID12168_Code of ethics.pdf	UNIPD internal code of ethics
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Award_	AID12168_COVID procedures A.pdf	UNIPD internal regulation on COVID
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Award_	AID12168_COVID procedures A2.pdf	UNIPD internal regulation on COVID
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Award_	AID12168_COVID procedures B.pdf	UNIPD internal regulation on COVID
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Award_	AID12168_COVID procedures C.pdf	UNIPD internal regulation on COVID

AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Award_	AID12168_COVID procedures D.pdf	UNIPD internal regulation on COVID
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Award_	AID12168_COVID protocol.pdf	UNIPD internal regulation on COVID
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Award_	AID12168_Regulations_admin.pdf	UNIPD internal regualations on admin
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Award_	AID12168_Regulations_data management.pdf	UNIPD internal regulation on data management
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	00_Convenzione_UNIPD.pdf.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	01_DUP_UNIPD.pdf - collegamento.lnk.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	01_DUP_UNIPD.pdf.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	02_Quadro Logico UNIPD.pdf - collegamento.lnk.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	02_Quadro Logico UNIPD.pdf.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	03_Cronogramma UNIPD.pdf - collegamento.lnk.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	03_Cronogramma UNIPD.pdf.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	04-Piano Finanziario UNIPD.pdf - collegamento.lnk.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	04-Piano Finanziario UNIPD.pdf.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	05_Lettere Partenariato.pdf - collegamento.lnk.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	05_Lettere Partenariato.pdf.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	06_Dichiarazione del regime IVA.pdf - collegamento.lnk.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	06_Dichiarazione del regime IVA.pdf.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	07_all. 1 modello trasmissione rapporto intermedio.pdf - collegamento.lnk.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	07_all. 1 modello trasmissione rapporto intermedio.pdf.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	08_all. 2 modello risposta AICS rapporto intermedio e finale.pdf - collegamento.lnk.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	08_all. 2 modello risposta AICS rapporto intermedio e finale.pdf.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	09_all. 3 vademecum revisore esterno.pdf - collegamento.lnk.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	09_all. 3 vademecum revisore esterno.pdf.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	10_all. 4 relazione revisore esterno.pdf - collegamento.lnk.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	10_all. 4 relazione revisore esterno.pdf.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	11_all 5 allegato 1 alla relazione revisore esterno.pdf - collegamento.lnk.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	11_all 5 allegato 1 alla relazione revisore esterno.pdf.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	12_all. 6 modello lettera richiesta sospensione.pdf - collegamento.lnk.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	12_all. 6 modello lettera richiesta sospensione.pdf.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	13_all 7 modello processo verbale consegna dei beni.pdf - collegamento.lnk.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	13_all 7 modello processo verbale consegna dei beni.pdf.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	Frontespizio Repertorio.pdf	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Proposal_Contract/AID12168_Contrac	00_Convenzione_UNIPD.pdf - collegamento.lnk.p7m	Digitally signed contract and annexes
AID12168_Reporting P1/AID_12168_Rep P1_V1	AID12168_Rep P1_int rep_letter.pdf	Letter presenting interim report
AID12168_Reporting P1/AID_12168_Rep P1_V1	AID12168_Rep P1_int rep_email.eml	Email sending interim report
AID12168_Reporting P1/AID_12168_Rep P1_V1	AID12168_Rep P1_int rep_email_data.xml	Email sending interim report
AID12168_Reporting P1/AID_12168_Rep P1_V1	AID12168_Rep P1_int rep_email_recepit.html	Receipt of email sending interim report
AID12168_Reporting P1/AID_12168_Rep P1_V1	AID12168_Rep P1_int rep.pdf	Interim report
AID12168_Reporting P1/AID_12168_Rep P1_V1	AID12168_Rep P1_int rep_logframe.pdf	Interim report logframe
AID12168_Reporting P1/AID_12168_Rep P1_V1	AID12168_Rep P1_int rep_workplan.pdf	Interim report workplan
AID12168_Reporting P1/AID_12168_Rep P1_V1	AID12168_Rep P1_int rep_financial.xlsx	Financial report
AID12168_Reporting P1/AID_12168_Rep P1_V1	AID12168_Rep P1_int rep_financial_signed.pdf	Signed financial report
AID12168_Reporting P1/AID_12168_Rep P1_V1	AID12168_Rep P1_audit rep.pdf	Audit report
AID12168_Reporting P1/AID12168_Rep P1_V1_	AID12168_Rep P1_V1_feedback.pdf	AICS feedback on report
AID12168_Reporting P1/AID12168_Rep P1_V1_	AID12168_Rep P1_V1_fin feedback.xlsx	AICS feedback on financial report
AID12168_Reporting P1/AID12168_Rep P1_V2	AID12168_Rep P1_int rep_V2_letter.pdf	Letter presenting revised interim report
AID12168_Reporting P1/AID12168_Rep P1_V2	AID12168_Rep P1_audit resp_email.pdf	Email sending revised interim report
AID12168_Reporting P1/AID12168_Rep P1_V2	AID12168_Rep P1_int rep_V2_email_data.xml	Email sending revised interim report
AID12168_Reporting P1/AID12168_Rep P1_V2	AID12168_Rep P1_audit resp_email_receipt.pdf	Receipt of email sending revised interim report
AID12168_Reporting P1/AID12168_Rep P1_V2	AID12168_Rep P1_int rep_V2.pdf	Revised interim report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V1	AID12168_Rep P2_int rep_letter.pdf	Letter presenting interim report

AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V1	AID12168_Rep P2_int rep_email.eml	Email sending interim report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V1	AID12168_Rep P2_int rep_email_data.xml	Email sending interim report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V1	AID12168_Rep P2_int rep_email_receipt 1.eml	Receipt of email sending interim report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V1	AID12168_Rep P2_int rep_email_receipt 2.eml	Receipt of email sending interim report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V1	AID12168_Rep P2_int rep_email_receipt 3.html	Receipt of email sending interim report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V1	AID12168_Rep P2_int rep.pdf	Technical report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V1	AID12168_Rep P2_int rep_financial.pdf	Financial report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V1	AID12168_Rep P2_int rep_financial.xlsx	Financial report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V1	AID12168_Rep P2_int rep_financial_initial proposal.pdf	Initial financial proposal
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V1	AID12168_Rep P2_int rep_financial_new proposal.pdf	New financial proposal
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V1	AID12168_Rep P2_int rep_logframe.pdf	Interim report logframe
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V1	AID12168_Rep P2_int rep_workplan.pdf	Interim report workplan
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V1	AID12168_Rep P2_audit rep.pdf	Audit report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V1	AID12168_Rep P2_V1_feedback.pdf	AICS feedback on report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V1_	AID12168_Rep P2_V1_fin feedback.pdf	AICS feedback on financial report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V1	AID12168_Rep P2_V1_fin feedback.xlsx	AICS feedback on financial report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V2	AID12168_Rep P2_int rep_V2_letter.pdf	Letter presenting revised interim report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V2	AID12168_Rep P2_int rep_V2_email.eml	Email sending revised interim report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V2	AID12168_Rep P2_int rep_V2_email_data.xml	Email sending revised interim report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V2	AID12168_Rep P2_int rep_V2_email_receipt 1.eml	Receipt of email sending revised interim report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V2	AID12168_Rep P2_int rep_V2_email_receipt 2.eml	Receipt of email sending revised interim report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V2	AID12168_Rep P2_int rep_V2_email_receipt 3.html	Receipt of email sending revised interim report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V2	AID12168_Rep P2_int rep_V2.pdf	Revised interim report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V2	AID12168_Rep P2_int rep_V2_financial.pdf	Revised financial report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V2	AID12168_Rep P2_int rep_V2_financial.xlsx	Revised financial report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V2	AID12168_Rep P2_int rep_V2_financial_new proposal.pdf	Revised new financial proposal
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V2	AID12168_Rep P2_int rep_V2_logframe.pdf	Revised interim report logframe
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V2	AID12168_Rep P2_int rep_V2_workplan.pdf	Revised interim report workplan
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V2	AID12168_Rep P2_int rep_V2_workplan.xlsx	Revised interim report workplan
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V2	AID12168_Rep P2_aud rep_V2.pdf	Revised audit report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V2_	AID12168_Rep P2_V2_feedback.pdf	AICS feedback on revised report
AID12168_Reporting P2/AID12168_Rep P2_V2_	AID12168_Rep P2_V2_fin feedback.pdf	AICS feedback on revised financial report
AID12168_Reporting P3	AID12168_Rep P3_fin rep_letter.pdf	Letter presenting final report
AID12168_Reporting P3	AID12168_Rep P3_fin rep.pdf	Final report
AID12168_Reporting P3	AID12168_Rep P3_fin rep_logframe.pdf	Final report logframe
AID12168_Reporting P3	AID12168_Rep P3_fin rep_workplan.pdf	Final report workplan
AID12168_Reporting P3	AID12168_Rep P3_fin rep_financial.pdf	Final financial report
AID12168_Reporting P3	AID12168_Rep P3_fin rep_financial.xlsx	Final financial report
AID12168_Reporting P3	AID12168_Rep P3_aud rep.pdf	Audit report
AID12168_Reporting P3/AID12168_Rep P3_fin r	AID12168_Rep P3_fin rep_appr.pdf	AICS approval of final report
AID12168_Reporting P3/AID12168_Rep P3_fin r	AID12168_Rep P3_fin rep_financial appr.xlsx	AICS approval of final financial report

BIBLIOGRAFIA RELATIVA AL RAPPORTO FINALE

Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo (2022). Plano Indicativo Plurianual (PIP) Itália – Moçambique 2022–2026. https://maputo.aics.gov.it/wp-content/uploads/2023/02/AICS-Maputo-PIP-2022-2026.pdf

Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo – Maputo (s.d.). Sito istituzionale. https://maputo.aics.gov.it/home-ita/sede/profilo/

Azevedo-Fernandes, F., Chilundo, B. (2026). Navigating cervical cancer care in Maputo: a mixed-methods analysis of socioeconomic inequities in patient pathways and health system barriers. BMC Women's Health, 26, 353. https://doi.org/10.1186/s12905-026-04550-8

Bruni L., Albero G., Serrano B., Mena M., Collado J.J., Gómez D., Muñoz J., Bosch F.X., de Sanjosé S. (2023). Human Papillomavirus and Related Diseases in Mozambique. Summary Report, ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). https://hpvcentre.net/statistics/reports/MOZ.pdf

Committee for Development Policy – UN DESA (2021). Country Profile: Mozambique (Least Developed Countries). https://policy.desa.un.org/sites/default/files/2025-06/ldc_profile_mozambique.pdf

de Oliveira, C.M., Rangeiro, R., Osman, N. et al. (2025). Evaluation of HPV risk groups among women enrolled in the Mulher cervical cancer screening study in Mozambique. Infectious Agents and Cancer, 20, 24. https://doi.org/10.1186/s13027-025-00655-1

Ervik M., Laversanne M., Lam F., Colombet M., Ferlay J., Filho A.M., Bray F. (2026). Global Cancer Observatory: Cancer Today (2024 estimates, version 1.0) – Mozambique Factsheet. International Agency for Research on Cancer (IARC). https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/508-mozambique-fact-sheet.pdf

Instituto Nacional de Saúde – Moçambique, ICAP at Columbia University (2023). Mozambique Population-based HIV Impact Assessment 2021 (INSIDA 2021): Final Report. https://phia.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2023/10/050324_INSIDA_ENG_RR5.pdf

International Diabetes Federation (2025). Diabetes Atlas, 11ª edizione. https://media.idf.org/media/uploads/sites/3/2025/10/IDF_Diabetes_Atlas_11th_Edition_2025_WEB.pdf

Organizzazione Mondiale della Sanità (2019). Mozambique Hypertension Profile 2023. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/hypertension/hypertension-2023/hypertension_moz_2023.pdf

Organizzazione Mondiale della Sanità (2025). Global Tuberculosis Report 2025. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e97dd6f4-b567-4396-8680-717bac6869a9/content

Organizzazione Mondiale della Sanità (2025). Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2025. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7a228681-a190-4c29-b2a8-9d4255dc49d1/content

Organizzazione Mondiale della Sanità (2026). NCD Portal – Mozambique Country Profile. https://ncdportal.org/CountryProfile/GHE110/MOZ

Organizzazione Mondiale della Sanità (2026). Tuberculosis Profile: Mozambique. https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&tab=%22tables%22&lan=%22EN%22&iso3=%22MOZ%22&entity_type=%22country%22

Organizzazione Mondiale della Sanità (s.d.). Mozambique – Country Data Portal. https://data.who.int/countries/508

Repubblica del Mozambico (2024). Strategia Nazionale di Sviluppo 2025–2044. https://mef.gov.mz/index.php/publicacoes/estrategias/2184-estrategia-nacional-de-desenvolvimento-2025-2024/file

Repubblica del Mozambico, Ministero della Salute – Direttorato di Pianificazione e Cooperazione (2024). Plano Estratégico do Sector da Saúde – PESS 2014-2019 (Extensão 2020-2024). https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/12/1519224/final_pess-revisao-extensao_07-marco-2021_3082022.pdf

Salcedo, M.P. et al. (2023). The Mulher Study: cervical cancer screening with primary HPV testing in Mozambique. International Journal of Gynecological Cancer, 33(12), 1869–1874. https://doi.org/10.1136/ijgc-2023-004958

United Nations Development Programme, Human Development Report Office (s.d.). Specific Country Data – Mozambique. https://hdr.undp.org/data-center/specific-country-data#/countries/MOZ

United Nations Population Fund (2025). Mozambique – World Population Dashboard. https://www.unfpa.org/data/world-population/MZ

World Bank (2023). Mozambique Country Climate and Development Report. https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/2b9fa284-479a-4f38-9cd8-b39a569b4e7b/content

World Bank (2025). Climate Risk Profile: Mozambique. https://climateknowledgeportal.worldbank.org/sites/default/files/country-profiles/17258-WB_Mozambique%20Country%20Profile-WEB.pdf

World Bank (s.d.). Mozambique | World Bank Group. https://www.worldbank.org/ext/en/country/mozambique#tab-about

World Bank Data Help Desk (s.d.). World Bank Country and Lending Groups. https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups

World Bank, Poverty and Inequality Platform (s.d.). Mozambique Country Profile. https://pip.worldbank.org/country-profiles/MOZ

World Bank, World Development Indicators (s.d.). Current health expenditure (% of GDP) – Mozambique https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=MZ

World Bank, World Development Indicators (s.d.). GDP per capita (current US$) – Mozambique [NY.GDP.PCAP.CD]. https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=MZ

World Bank, World Development Indicators (s.d.). Incidence of tuberculosis (per 100,000 people) – Mozambique [SH.TBS.INCD]. https://data.worldbank.org/indicator/SH.TBS.INCD?locations=MZ

World Bank, World Development Indicators (s.d.). Life expectancy at birth, female (years) – Mozambique [SP.DYN.LE00.FE.IN]. https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.FE.IN?locations=MZ

World Bank, World Development Indicators (s.d.). Life expectancy at birth, male (years) – Mozambique [SP.DYN.LE00.MA.IN]. https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.MA.IN?locations=MZ

World Bank, World Development Indicators (s.d.). Life expectancy at birth, total (years) – Mozambique [SP.DYN.LE00.IN]. https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=MZ

World Bank, World Development Indicators (s.d.). Mortality from NCDs, female (% probability between exact ages 30 and 70) – Mozambique [SH.DYN.NCOM.FE.ZS]. https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NCOM.FE.ZS?locations=MZ

World Bank, World Development Indicators (s.d.). Mortality from NCDs, male (% probability between exact ages 30 and 70) – Mozambique [SH.DYN.NCOM.MA.ZS]. https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NCOM.MA.ZS?locations=MZ

World Bank, World Development Indicators (s.d.). Rural population (% of total population) – Mozambique [SP.RUR.TOTL.ZS]. https://data.worldbank.org/indicator/SP.RUR.TOTL.ZS?locations=MZ