Ministero degli Affari Esteri
e della Cooperazione Internazionale

2026 | Sintesi del 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



Sommario

1 Introduzione 1

2 Principali risultati 3

2.1 Impatto 3

2.2 Sostenibilità 4

2.3 Efficacia 5

2.4 Coerenza 6

2.5 Efficienza 7

2.6 Rilevanza 8

3 Teoria del Cambiamento 9

4 Conclusioni 10

5 Raccomandazioni 11

6 Lezioni apprese e buone pratiche 14

LISTA DEGLI ACRONIMI

AICS	Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo
AID	Aiuto Italiano allo Sviluppo (codice identificativo progetto)
AIFO	Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau
APE	Agentes Polivalentes Elementares (Operatori Sanitari Comunitari)
APS	Aiuto Pubblico allo Sviluppo
CACUM	Cancro do Colo do Útero e da Mama (Cancro del Collo dell'Utero e della Mammella)
CD4	Linfociti T CD4 (indicatore immunitario)
CIOB	Centro de Investigação Operacional da Beira (Centro di Ricerca Operativa di Beira)
COVID-19	Coronavirus Disease 2019 (Malattia da Coronavirus 2019)
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)
Global Fund	Fondo Mondiale per la lotta all'AIDS, alla Tubercolosi e alla Malaria
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Virus dell'Immunodeficienza Umana)
KAP	Knowledge, Attitudes and Practices (Conoscenze, Attitudini e Pratiche)
MISAU	Ministério da Saúde (Ministero della Salute del Mozambico)
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)
PIL	Prodotto Interno Lordo
PIP	Piano Indicativo Pluriennale
PMTCT	Prevention of Mother-to-Child Transmission (Prevenzione della Trasmissione Materno-Infantile)
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical (Prevenzione della Trasmissione Verticale)
RBM	Results-Based Management (Gestione Orientata ai Risultati)

RNL	Reddito Nazionale Lordo
SAAJ	Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens (Servizi Amici degli Adolescenti e dei Giovani)
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (Servizi Distrettuali di Salute, Donna e Azione Sociale)
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Sindrome da Immunodeficienza Acquisita)
SNS	Serviço Nacional de Saúde (Servizio Sanitario Nazionale)
SPS	Serviços Provinciais de Saúde (Servizi Provinciali di Salute)
TARV	Tratamento Antirretroviral (Terapia Antiretrovirale)
TB	Tubercolosi
UNISAVE	Universidade Save (Università Save, Maxixe – Inhambane)
USAID	United States Agency for International Development (Agenzia USA per lo Sviluppo Internazionale)

1 Introduzione

La presente Sintesi riassume il Rapporto finale della valutazione indipendente delle seguenti iniziative della Cooperazione Italiana: «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).

Le cinque iniziative sono state realizzate in Mozambico tra il 2019 e il 2024 nelle Province di Maputo, Sofala, Zambézia e Inhambane. Hanno affrontato le malattie non trasmissibili (DNT), l'HIV e la tubercolosi (TB), la prevenzione della trasmissione materno-infantile dell'HIV (PMTCT) e la salute di adolescenti e giovani. Gli interventi hanno rafforzato i servizi sanitari e le competenze del personale, hanno avvicinato i servizi alle comunità e hanno coinvolto gli attori comunitari. In alcuni casi hanno sviluppato anche ricerca operativa e partenariati scientifici.

- **AID 11375 - Prevenzione e Controllo delle DNT (2019–2022)** è un'iniziativa affidata a OSC, con capofila Medici con l'Africa CUAMM, in partenariato con AIFO e Comunità di Sant'Egidio – ACAP. Ha rafforzato la prevenzione e la presa in carico di diabete, ipertensione e cancro della cervice uterina nelle Province di Maputo, Sofala e Zambézia.
- **AID 11587/04/1 - TILL THE END (2019–2021, call Global Fund 2018)** è stata realizzata da Medicus Mundi Italia. Ha sviluppato strategie comunitarie di contrasto a TB e HIV in quattro distretti della Provincia di Inhambane.
- **AID 11817/04/06 - Espaço Aberto (2020–2022, call Global Fund 2019)** è stata realizzata dalla Comunità di Sant'Egidio – ACAP. Ha rafforzato i servizi per adolescenti e giovani donne con HIV nelle Province di Maputo, Maputo città, Sofala e Zambézia.
- **AID 012168/01/9 - PRoTeggiMI (2021–2023, call Global Fund 2020)** è stata realizzata da Medicus Mundi Italia. Ha esteso la PMTCT e il trattamento di HIV e TB alle comunità remote degli stessi distretti di Inhambane.
- **AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare (2021–2024, call Global Fund 2020)** è stata realizzata dall'Università di Padova. Ha unito ricerca e miglioramento dei servizi per adolescenti e giovani HIV+ a Beira (Sofala), nel contesto della pandemia di COVID-19.

L'obiettivo generale della valutazione è fornire un'analisi indipendente, rigorosa e basata su evidenze del contributo delle iniziative al rafforzamento della risposta sanitaria in Mozambico, incluso il contributo italiano agli obiettivi del Global Fund attraverso il meccanismo del 5%. La valutazione persegue un duplice obiettivo di accountability e di apprendimento: da un lato verifica rilevanza, coerenza, efficacia, efficienza, sostenibilità e impatto degli interventi, con priorità a impatto, sostenibilità ed efficacia; dall'altro produce lezioni e raccomandazioni per DGCS, AICS, istituzioni sanitarie mozambicane e partner.

La **valutazione si è svolta da giugno a ottobre 2026**. Nella prima fase il Team di valutazione ha esaminato la documentazione delle iniziative e ha predisposto il Rapporto d'Avvio, che è stato il riferimento per tutto il processo valutativo. Dal 20 luglio all'8 agosto 2026 si è svolta la missione in Mozambico: il Team di valutazione ha intervistato stakeholder istituzionali, partner di implementazione e beneficiari, ha visitato le aree di intervento e le strutture sanitarie e ha raccolto dati qualitativi ed evidenze. Sulla base dell'analisi integrata e triangolata di queste evidenze ha elaborato la bozza del Rapporto, condivisa poi con DGCS, AICS e gli altri stakeholder. Il Team di valutazione ha esaminato le osservazioni ricevute, nel rispetto dell'indipendenza del giudizio valutativo, e nel seminario presso la DGCS ha presentato i risultati preliminari e raccolto ulteriori contributi. Tenendo conto dei commenti, il Team di valutazione ha finalizzato il Rapporto e ha predisposto i prodotti accessori: Sintesi, presentazioni, documentazione fotografica e metodologica.

Il seminario in loco, organizzato con la DGCS, AICS Roma e AICS Maputo, ha restituito i risultati e le raccomandazioni agli stakeholder mozambicani per favorirne l'appropriazione.

La valutazione ha adottato un approccio theory-based e mixed-methods. L'analisi verifica la plausibilità dei nessi tra attività, risultati e cambiamenti osservati attraverso la Teoria del Cambiamento e la *Contribution Analysis*, integrando le tematiche trasversali (diritti umani, genere, equità, *Leave No One Behind*). La raccolta dati ha combinato l'analisi di circa 300 documenti e dei dati di monitoraggio con una missione nelle Province di Maputo, Sofala e Inhambane, durante la quale sono state realizzate 28 interviste semi-strutturate (34 interlocutori), 46 focus group (184 partecipanti) e 19 osservazioni dirette, consultando AICS Roma e AICS Maputo, MISAU, DPS e autorità distrettuali, OSC, università, personale sanitario, attivisti e beneficiari. Per la Zambézia l'analisi si è basata su fonti documentali e consultazioni con gli attori pertinenti; le evidenze sono state triangolate per metodo, fonte e valutatore.

I risultati devono essere letti alla luce di alcune limitazioni. La disponibilità di dati aggiornati dopo la conclusione dei progetti è limitata, il campionamento qualitativo non garantisce rappresentatività statistica e la successione degli interventi negli stessi territori non consente di isolare gli effetti delle singole iniziative. Il giudizio valutativo è pertanto formulato in termini di contribuzione e non di attribuzione causale. Inoltre, le iniziative AID 11375 - Prevenzione e Controllo delle DNT, AID 11587/04/1 - TILL THE END e AID 11817/04/06 - Espaço Aberto (approvate tra il 2017 e il 2020) utilizzavano il Quadro Logico, ma non l'approccio RBM introdotto con la call Global Fund 2020 e applicato da AID 012168/01/9 - PRoTeggiMI e AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare attraverso l'utilizzo del Documento Unico di Progetto (DUP) e una gestione maggiormente strutturata e orientata ai risultati. Il metodo è stato adattato e i giudizi su monitoraggio e disaggregazione dei dati vanno letti rispetto agli standard vigenti al momento della formulazione. La Teoria del Cambiamento è stata utilizzata come quadro analitico della valutazione, attraverso la ricostruzione dei percorsi di cambiamento sottesi alle cinque iniziative, a partire dalle rispettive logiche progettuali e dalle evidenze raccolte.

2 Principali risultati

2.1 Impatto

Le iniziative hanno contribuito a cambiamenti significativi e ancora osservabili, soprattutto a livello individuale-comunitario e istituzionale, mentre a livello sistemico emergono segnali di cambiamento sostenuti da evidenze più limitate.

A livello individuale e comunitario, i cambiamenti più evidenti riguardano l'accesso e la continuità delle cure, le conoscenze e le pratiche di prevenzione, la relazione tra comunità e servizi e la presa in carico psicosociale di adolescenti e giovani. Nelle comunità rurali di Inhambane le brigate mobili, nelle quali AID 11587/04/1 - TILL THE END e AID 012168/01/9 - PRoTeggiMI hanno progressivamente integrato i servizi HIV, TB e PMTCT, continuano a rappresentare un canale di accesso essenziale per le popolazioni più distanti dalle strutture: nel 2022 le brigate di AID 012168/01/9 - PRoTeggiMI coprivano 104 comunità in quattro distretti, mentre AID 11587/04/1 - TILL THE END aveva decentrato la diagnosi della TB attraverso tre GeneXpert Edge mobili. Nell'ambito di AID 11817/04/06 - Espaço Aberto e AID 12168/02/0 - Conoscere per Curare, la ricerca attiva dei pazienti persi al follow-up aveva consentito di localizzarne 958 su 1.805 e di reintegrarne 520 nelle cure, con un miglioramento della continuità terapeutica particolarmente evidente a Sofala (dal 35% al 43%) e in Zambézia (dal 36% al 48%). Per adolescenti e giovani con HIV, AID 11817/04/06 - Espaço Aberto e AID 12168/02/0 - Conoscere per Curare hanno favorito l'accettazione del proprio stato sierologico, l'aderenza al trattamento e la capacità di affrontare stigma e disagio psicosociale; per le giovani donne, la presa in carico ha incluso percorsi di autonomia socioeconomica.

Per adolescenti e giovani, i cambiamenti osservati vanno oltre la dimensione clinica. Nell'ambito di AID 11817/04/06 - Espaço Aberto la presa in carico ha combinato assistenza clinica, counselling individuale, gruppi di supporto attivati nei sette centri coinvolti e il lavoro di 58 giovani formati come health educators, offrendo spazi e figure di riferimento con cui affrontare l'accettazione dello stato sierologico, lo stigma e le difficoltà relazionali. Per le ragazze e le giovani donne HIV+, in risposta a barriere di genere che potevano limitarne l'accesso ai servizi, 93 ragazze hanno beneficiato di corsi professionalizzanti e 125 hanno completato corsi di sartoria; 79 hanno continuato a utilizzare i laboratori anche dopo la conclusione dei corsi. Conoscenze, pratiche e relazioni con i servizi permangono più dei meccanismi che le sostengono (accompagnamento comunitario, follow-up, prossimità), più esposti alla riduzione di personale e risorse.

A livello istituzionale, le evidenze indicano il rafforzamento delle capacità tecniche e operative del personale sanitario e degli attori comunitari, il consolidamento della collaborazione tra servizi, comunità e partner e una maggiore capacità di produrre e utilizzare dati. Le competenze si sono consolidate soprattutto quando la formazione è stata associata a pratica sul posto, disponibilità di apparecchiature e trasferimento tra colleghi, come nel caso delle capacità diagnostiche e terapeutiche CACUM a Sofala (AID 11375 - Prevenzione e Controllo delle DNT) o della conta dei CD4 effettuata direttamente nelle comunità di Inhambane. Nell'ambito di AID 11375 - Prevenzione e Controllo delle DNT, gli enti esecutori hanno contribuito con il MISAU alla costituzione del primo Gruppo Tecnico di Lavoro nazionale su diabete e ipertensione. Le collaborazioni tra Medicus Mundi e Università di Brescia e tra Università di Padova e CIOB hanno inoltre collegato ricerca operativa, analisi dei dati e rafforzamento dei servizi.

La permanenza dei cambiamenti istituzionali è più evidente quando competenze, strumenti e modalità operative sono stati integrati nel funzionamento ordinario dei servizi. A livello provinciale, ad esempio, le supervisioni e le formazioni on the job in ambito CACUM sono state integrate nelle supervisioni delle DPS e coordinate dai focal point provinciali; a Inhambane le brigate mobili continuano a coinvolgere i servizi sanitari distrettuali e gli attori comunitari, mantenendo l'integrazione delle componenti HIV, TB e PMTCT. Le attività che richiedono risorse ricorrenti, incentivi agli attivisti, trasporti o materiali presentano invece maggiori elementi di fragilità.

A livello sistemico, le evidenze non consentono di identificare trasformazioni pienamente consolidate, ma mostrano tre segnali di cambiamento: una maggiore attenzione istituzionale alle DNT, in un sistema tradizionalmente concentrato sulle malattie trasmissibili; il progressivo consolidamento dei modelli di prossimità nelle aree remote; una crescente attenzione alla differenziazione della risposta sanitaria per adolescenti e giovani, comprese le dimensioni psicosociali e le barriere di genere.

La riconducibilità dei cambiamenti alle iniziative varia in funzione del livello al quale si manifestano. Il legame è più solido quando è possibile ricostruire una sequenza coerente tra risorse introdotte, modifiche nell'erogazione dei servizi e cambiamenti osservati: è il caso della diagnosi comunitaria della TB a Inhambane, che ha evitato il trasporto dei campioni e il rischio di perdere il paziente, o della combinazione tra formazione, apparecchiature e percorsi di riferimento sostenuta da AID 11375 - Prevenzione e Controllo delle DNT nelle strutture di Maputo e Sofala. Procedendo verso gli effetti istituzionali e sistemici, il contributo diventa invece cumulativo: le brigate mobili di Inhambane, ad esempio, precedono le iniziative valutate e riflettono l'esperienza accumulata in più cicli di intervento e la continuità della presenza del partner. La limitata disaggregazione dei dati sanitari a livello distrettuale e provinciale non consente inoltre di distinguere sistematicamente i risultati delle iniziative da quelli complessivi dei servizi.

Gli effetti inattesi sono circoscritti e prevalentemente positivi. Gli spazi di ascolto creati per gli adolescenti hanno permesso in alcuni casi di far emergere situazioni di violenza o abuso; alcuni giovani beneficiari sono diventati mentori di altri giovani; gli attivisti comunitari hanno applicato le conoscenze acquisite anche alla propria vita quotidiana. Non sono emersi effetti negativi inattesi, ma una potenziale tensione tra la domanda di servizi generata dalla sensibilizzazione e la capacità delle strutture di rispondervi con apparecchiature, materiali diagnostici e farmaci adeguati.

2.2 Sostenibilità

Le prospettive di sostenibilità sono complessivamente positive ma differenziate. La permanenza risulta più solida per competenze, pratiche e modalità operative integrate nei servizi sanitari pubblici e sostenute dall'appropriazione istituzionale e comunitaria; è più fragile per le 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. Occorre distinguere tra **ownership**, che le evidenze indicano come elevata, e **sostenibilità finanziaria**, che dipende in larga parte da fattori di sistema: oltre metà della spesa sanitaria corrente è finanziata dall'esterno (57,7% nel 2023), mentre le risorse proprie del governo destinate alla salute equivalgono al 2,3% del PIL. Nel 2025 il contesto si è irrigidito (cessazione delle attività di USAID, mancato rinnovo del sostegno delle Fiandre, riduzione dell'APS britannico dallo 0,5% allo 0,3% del RNL, minori allocazioni del Global Fund). Alcuni aspetti della sostenibilità dipendono quindi da fattori che un singolo progetto, o la sola Cooperazione Italiana, possono influenzare solo in parte.

Le capacità sviluppate sono state in larga parte istituzionalizzate, perché il rafforzamento è avvenuto all'interno del sistema sanitario pubblico e con la partecipazione diretta delle istituzioni. Nelle strutture visitate a Maputo e Sofala le competenze di screening e presa in carico delle DNT e di prevenzione oncologica erano ancora utilizzate; a Inhambane AID 012168/01/9 - PRoTeggiMI ha costruito sulle competenze sviluppate da AID 11587/04/1 - TILL THE END. Per i servizi rivolti ad adolescenti e giovani occorre invece distinguere tra permanenza delle competenze, che rimangono nel personale e nei mentori, e continuità delle attività, talvolta proseguite in forma ridotta o grazie a nuovi finanziamenti. Il turnover del personale e la richiesta ricorrente di nuove formazioni mostrano che la sostenibilità dipende dalla presenza di meccanismi continui di aggiornamento, supervisione e trasferimento delle competenze.

Le innovazioni presentano buone potenzialità di mantenimento e replicabilità quando possono essere adattate alle risorse disponibili. L'esperienza del Cantinho, spazio dedicato allo screening e al follow-up delle DNT successivamente riconfigurato dall'istituzione, mostra che la

sostenibilità dipende dalla preservazione della funzione del servizio più che dalla riproduzione dell'assetto finanziato dal progetto. Le brigate mobili di Inhambane rispondono a un bisogno strutturale, sono fortemente apprezzate dalle comunità e si sono evolute attraverso interventi successivi, ma la loro operatività resta condizionata da veicoli, carburante, manutenzione, personale e farmaci.

L'ownership è più solida nelle dimensioni strategico-istituzionale e operativa che in quella finanziaria. A livello provinciale, distrettuale e delle strutture sanitarie le pratiche introdotte sono state riconosciute e integrate nel funzionamento dei servizi; a livello nazionale l'allineamento con il MISAU non equivale ancora a una piena istituzionalizzazione dei modelli. L'ownership comunitaria è elevata e si manifesta nel riconoscimento dei servizi e nella capacità delle comunità di richiederne la continuità. Il risultato atteso a livello comunitario non è tanto la permanenza degli attivisti (a Moamba, ad esempio, dei 12 inizialmente identificati 2 risultavano ancora attivi), quanto una comunità informata, con maggiore fiducia nel SNS e propensa a ricorrere ai servizi; l'appropriazione passa quindi soprattutto per il personale dei Centri di Salute, sotto la responsabilità del MISAU. In questa direzione va la nuova legge sul SNS (2026), che ha istituzionalizzato la componente comunitaria. La prosecuzione di un'attività grazie allo stesso partner o a un nuovo finanziamento esterno non equivale, pertanto, alla sua piena sostenibilità autonoma.

Le evidenze qualitative indicano cambiamenti positivi soprattutto nelle conoscenze e, in misura più circoscritta, nelle attitudini e nelle pratiche sanitarie. Nelle località del progetto AID 11375 - Prevenzione e Controllo delle DNT emergono maggiore conoscenza di ipertensione, diabete e prevenzione oncologica e cambiamenti dichiarati in alimentazione, consumo di alcol e ricorso allo screening; tra i giovani, il supporto tra pari ha favorito la fiducia nei servizi. In assenza di indagini KAP omogenee non è tuttavia possibile quantificarne diffusione e permanenza.

2.3 Efficacia

Le iniziative mostrano un livello complessivamente positivo di efficacia, con numerosi target raggiunti o superati, pur con differenze tra interventi, risultati e gruppi destinatari. La capacità di adattare le modalità di erogazione ai diversi contesti, attraverso servizi di prossimità, attori comunitari e approcci differenziati per adolescenti e giovani, è stata un fattore determinante. La diversa verificabilità dei risultati riflette anche il fatto che solo le iniziative formulate dalla call Global Fund 2020 adottano l'approccio RBM.

- **AID 11817/04/06 – Espaço Aberto:** al termine dell'intervento 2.728 adolescenti risultavano in trattamento antiretrovirale (target 2.250) e il 93% aveva effettuato almeno una misurazione annuale della carica virale (target 80%); nei sette centri dedicati la retention mediana è passata dal 94,2% al 99,0%.
- **AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare:** valori superiori ai target per la quasi totalità degli indicatori; i due indicatori non raggiunti riflettono soprattutto cambiamenti del contesto e dei sistemi di misurazione, come l'adozione del nuovo protocollo nazionale di screening della salute mentale.
- **AID 11587/04/1 – TILL THE END:** nella seconda annualità oltre 18.134 persone sono state sottoposte a screening per la TB, 95 hanno ricevuto una diagnosi e sono stati realizzati 12.715 test HIV, nonostante le interruzioni dovute alla pandemia.
- **AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI:** 206.476 beneficiari diretti, 489 donne HIV+ in gravidanza o allattamento e bambini esposti raggiunti (target 400), 6.657 visite a pazienti HIV+ (target 3.000) e screening TB per il 96,8% delle persone HIV+ in terapia. Il numero di pazienti HIV+ raggiunti è stato inferiore alle stime, anche per l'espansione dei servizi TARV nei Centri di Salute.
- **AID 11375 - Prevenzione e Controllo delle DNT:** 14 unità sanitarie attrezzate (target 14); 413 operatori sanitari formati (154% del target); 58.902 screening del diabete (140%), 563.581 misurazioni della pressione arteriosa (120%) e 103.062 donne sottoposte a screening del cancro della cervice (98%), con 4.283 trattamenti di crioterapia o

termocoagulazione; 724.097 persone sensibilizzate e 353 attivisti formati a fronte di 174 previsti; decentramento a Sofala di prestazioni DNT e CACUM prima riferite ad altri livelli; l'aumento dello screening non si è sempre tradotto in nuove diagnosi per la limitata capacità di risposta dei servizi.

Il rafforzamento delle capacità ha prodotto risultati più evidenti quando la formazione è stata associata a supervisione, strumenti e applicazione pratica: nel solo terzo anno di AID 11375 sono state realizzate 271 visite di supervisione interna, oltre a quelle congiunte con le DPS.

Il raggiungimento dei risultati è stato favorito dall'integrazione nel sistema pubblico, dalla combinazione tra prossimità e componente comunitaria e dalla continuità della presenza degli enti esecutori, come nel caso di Medicus Mundi a Inhambane, di DREAM/ACAP nei servizi per adolescenti e giovani e di CUAMM e partner per le DNT. I fattori esterni hanno agito, a seconda dei contesti, come condizioni abilitanti o limitanti:

- **Organizzativi e del sistema sanitario:** carenza, turnover e carichi di lavoro del personale e disponibilità discontinua di attrezzature, farmaci, consumabili, veicoli e carburante hanno limitato l'applicazione delle competenze e la regolarità dei servizi di prossimità.
- **Istituzionali:** il supporto delle autorità e la continuità degli interlocutori hanno facilitato l'implementazione; i tempi delle procedure autorizzative ed etiche hanno invece pesato nei progetti brevi, come in AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI (24 mesi), dove hanno contribuito al mancato completamento della pubblicazione scientifica prevista.
- **Territoriali e infrastrutturali:** distanze, isolamento e costi di trasporto hanno rappresentato le principali barriere per le popolazioni rurali; le brigate mobili le hanno ridotte senza eliminarne le cause.
- **Sociali e di genere:** povertà, stigma e norme di genere hanno condizionato l'accesso e la continuità delle cure; alcune giovani donne, ad esempio, incontravano restrizioni poste dai partner alla partecipazione alle attività.
- **Contestuali:** la pandemia di COVID-19 è stata il principale shock esterno, con interruzioni delle attività di outreach e rimodulazioni dei servizi; gli eventi climatici hanno amplificato vulnerabilità già esistenti: il ciclone Idai (marzo 2019) ha danneggiato le cinque unità sanitarie di AID 11375 - Prevenzione e Controllo delle DNT a Sofala, un ciclone a Sabie (giugno 2021) ha danneggiato la maternità del Centro di Salute riducendo lo screening CACUM, la tempesta Ana e il ciclone Gombe (2022) hanno reso difficili gli spostamenti verso strutture e comunità, e il ciclone Freddy (febbraio-marzo 2023) ha sospeso temporaneamente le brigate di PRoTeggiMI a Funhalouro e Massinga. Il loro effetto complessivo sui risultati non è tuttavia quantificabile.

Le percezioni dei beneficiari, degli operatori e delle istituzioni sono convergenti e complessivamente positive. Le comunità valorizzano soprattutto prossimità e continuità dei servizi, gli adolescenti l'ascolto e il supporto psicosociale, il personale sanitario le competenze e gli strumenti acquisiti, le istituzioni l'integrazione nei servizi pubblici. Un limite trasversale riguarda la disponibilità non sistematica di dati disaggregati per sesso: in AID 11375 - Prevenzione e Controllo delle DNT, ad esempio, le donne rappresentavano il 71% delle persone diagnosticate, ma la retention a 12 mesi era del 35% tra le donne e del 47% tra gli uomini, senza che i dati consentano di individuarne le cause.

2.4 Coerenza

Le cinque iniziative presentano un elevato grado di coerenza strategica con le priorità del settore sanitario mozambicano, con gli orientamenti della Cooperazione Italiana e con l'Agenda 2030. La coerenza è stata valutata rispetto ai documenti vigenti al momento della formulazione: gli interventi sono allineati al PESS 2014–2019, al PEN IV HIV/SIDA 2015–2019, al Piano di eliminazione della trasmissione verticale 2020–2024, all'approccio dei SAAJ per adolescenti e giovani e, per AID 11375 - Prevenzione e Controllo delle DNT, al Piano Strategico

Multisettoriale DNT 2017–2025 richiamato nella proposta; l'attenzione alle DNT si è poi rafforzata con il successivo Piano 2020–2029. Gli orientamenti sono stati confermati dal successivo PIP Mozambico 2022–2026, che identifica la salute tra i settori prioritari. Le iniziative sono inoltre coerenti con l'OSS 3 (in particolare i target 3.1, 3.3, 3.4 e 3.7), con collegamenti agli OSS 5 e 10. Per le quattro iniziative finanziate attraverso il meccanismo del 5% emerge una chiara convergenza con la Strategia del Global Fund 2017–2022 «Investing to End Epidemics»: accesso ai servizi essenziali, riduzione della trasmissione verticale, integrazione TB/HIV, attenzione ad adolescenti e giovani donne e rafforzamento dei sistemi sanitari.

Tra le iniziative emerge una buona complementarità tematica, territoriale e temporale, che deriva tuttavia più dalla continuità dei territori, dei partner e delle relazioni istituzionali che da una programmazione coordinata delle cinque iniziative come portafoglio. La complementarità è stata favorita anche dai bandi AICS per il meccanismo Global Fund 5%, che chiedevano ai proponenti di descrivere le esperienze pregresse nel settore e nei territori. A Inhambane, AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI ha costruito sulle componenti sviluppate da AID 11587/04/1 – TILL THE END, integrando la PMTCT nel modello di prossimità; a Sofala, AID 11375 - Prevenzione e Controllo delle DNT, AID 11817/04/06 – Espaço Aberto e AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare hanno agito su dimensioni complementari dello stesso sistema sanitario provinciale, senza però attività congiunte o meccanismi sistematici di scambio.

La coerenza si riscontra anche a livello operativo: AID 11587/04/1 – TILL THE END e AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI operano nel quadro dei programmi nazionali HIV/TB e PTV, AID 11817/04/06 – Espaço Aberto secondo i protocolli del MISAU in sette strutture, AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare attraverso i SAAJ; AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI ed AID 11817/04/06 – Espaço Aberto hanno inoltre mantenuto un raccordo con i Principal Recipients e il Country Coordinating Mechanism del Global Fund.

Sono state identificate sinergie concrete con altri attori, soprattutto a Inhambane. Il GeneXpert Edge delle brigate mobili è stato utilizzato per analizzare i campioni raccolti dagli attivisti del Centro de Colaboração em Saúde, mentre l'esperienza della TARV Móvel ha portato EGPAF a sperimentare visite di trattamento mobile nel distretto di Massinga. MISAU, DPS e SDSMAS hanno rappresentato il principale punto di raccordo tra interventi e finanziatori. Le sinergie risultano tuttavia documentate in modo più consistente in alcuni territori e non emerge un meccanismo trasversale attraverso il quale le cinque iniziative siano state sistematicamente messe in relazione per condividere risultati, strumenti e apprendimenti.

Non sono emerse duplicazioni significative tra le iniziative valutate o con altri interventi. L'integrazione nei servizi pubblici e i meccanismi di coordinamento istituzionale hanno contribuito a ridurne il rischio, anche se in assenza di una mappatura esaustiva non è possibile escluderle in termini assoluti.

2.5 Efficienza

Le iniziative mostrano livelli di efficienza complessivamente positivi: le risorse sono state generalmente tradotte in attività e risultati coerenti con gli obiettivi, anche attraverso adattamenti resi necessari dal contesto. L'integrazione nelle strutture e nei programmi pubblici ha permesso di valorizzare personale, competenze e circuiti di presa in carico già esistenti, limitando la creazione di sistemi paralleli; le risorse progettuali sono state utilizzate soprattutto per colmare gap specifici attraverso formazione, attrezzature, assistenza tecnica, mobilità e attività comunitarie.

I modelli operativi sono risultati adeguati ai gruppi beneficiari e ai vincoli del sistema sanitario, ma presentano un trade-off tra accessibilità ed efficienza. La combinazione tra brigate mobili, strutture sanitarie e attori comunitari è stata particolarmente funzionale nelle aree remote; i servizi di prossimità comportano costi logistici elevati e ricorrenti, che vanno tuttavia letti rispetto alla capacità di raggiungere popolazioni che, con la sola offerta delle strutture fisse, avrebbero avuto un accesso sostanzialmente inferiore.

Nelle aree rurali e remote una parte significativa delle risorse è stata necessariamente destinata a mobilità e logistica. Si tratta di costi operativi elevati, non costanti e difficilmente preventivabili, per i quali le evidenze indicano la necessità di definire con maggiore chiarezza, già in fase di progettazione, la responsabilità dei costi ricorrenti quando mezzi e servizi sono utilizzati congiuntamente dai partner e dalle autorità sanitarie. Nel progetto AID 11375 – Prevenzione e Controllo delle DNT è stata inoltre segnalata la difficoltà di garantire il riferimento dei casi sospetti identificati dalle brigate alle unità sanitarie.

Sul piano organizzativo, l'implementazione è stata favorita dalla presenza di enti esecutori con una conoscenza consolidata dei territori e rapporti già stabiliti con MISAU, DPS, SDSMAS e unità sanitarie, che ha facilitato l'avvio e l'adattamento delle attività. La collaborazione con università e centri di ricerca ha messo a sistema competenze complementari, aumentando però la complessità gestionale.

L'efficienza è stata condizionata da ritardi e vincoli esterni, tra cui la pandemia, i tempi delle procedure amministrative ed etiche, la disponibilità di personale, mezzi e forniture e la maggiore complessità gestionale delle iniziative con componenti di ricerca. Per le iniziative della call 2020 i rapporti con piani finanziari certificati documentano la spesa sostenuta; la diversità dei formati di rendicontazione tra iniziative pre e post RBM non consente tuttavia di formulare un giudizio comparativo di cost-efficiency tra le cinque iniziative.

2.6 Rilevanza

Le iniziative presentano un elevato grado di rilevanza rispetto ai bisogni sanitari dei territori e alle vulnerabilità dei gruppi destinatari: persone con HIV e TB, donne e madri, adolescenti e giovani, popolazioni rurali e remote e persone con DNT. A Inhambane, AID 11587/04/1 – TILL THE END e AID 012168/01/9 – PRoTeggiMI hanno risposto alle barriere di distanza e trasporto e ai bisogni delle donne HIV+ in gravidanza e allattamento. AID 11817/04/06 – Espaço Aberto e AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare hanno riconosciuto che per i giovani con HIV i bisogni vanno oltre l'accesso alla terapia e riguardano stigma, riservatezza, salute mentale e fiducia nei servizi. AID 11375– Prevenzione e Controllo delle DNT ha intercettato un bisogno crescente in un sistema tradizionalmente concentrato sulle malattie trasmissibili.

La rilevanza rispetto ai gruppi vulnerabili è stata messa alla prova dalla pandemia di COVID-19, di fronte alla quale le iniziative hanno adattato attività e modalità operative per preservare la continuità delle cure; nel caso di AID 12168/02/0 – Conoscere per Curare, la risposta agli effetti della pandemia su adolescenti e giovani HIV+, inclusa la salute mentale, costituiva il cuore stesso dell'intervento. Restano tuttavia bisogni che le singole iniziative non potevano affrontare pienamente: le comunità consultate hanno richiamato problemi legati a trasporti, infrastrutture, acqua, elettricità e connettività, che evidenziano il carattere strutturale di alcune determinanti dell'accesso, la cui soluzione dipende in primo luogo dalla risposta del Paese, e la necessità di collocare i progetti sanitari entro risposte istituzionali più ampie.

Le iniziative hanno considerato in misura significativa le principali barriere all'accesso effettivo, con livelli di approfondimento differenti. L'attenzione è stata particolarmente evidente per le barriere geografiche, economiche, di età, di genere e legate allo stigma; più circoscritte sono le evidenze relative alla disabilità, all'analisi sistematica dei gruppi meno raggiunti e all'integrazione dei rischi climatici nella progettazione. In fase di progettazione i bisogni locali sono stati rappresentati soprattutto dagli enti esecutori e dalle autorità sanitarie; il coinvolgimento diretto dei beneficiari è stato più evidente nell'implementazione e nell'adattamento delle attività, attraverso attivisti, APE, mentor e gruppi di supporto.

Le strategie adottate risultano complessivamente adeguate al contesto socioeconomico, perché tengono conto di povertà, dispersione territoriale e risorse limitate del sistema sanitario. Pur essendo emersa una capacità di adattamento a shock ed eventi estremi, non risulta documentata un'integrazione sistematica del rischio climatico nella progettazione.

3 Teoria del Cambiamento

La valutazione conferma la plausibilità della logica di cambiamento ricostruita nel Rapporto d'Avvio, precisandone il carattere non lineare, condizionato e cumulativo. L'impatto di lungo periodo resta pertinente come direzione di cambiamento: contribuire al rafforzamento del sistema sanitario mozambicano, affinché diventi progressivamente più resiliente, equo, inclusivo e capace di rispondere ai bisogni delle popolazioni più vulnerabili. Le evidenze non consentono di verificarne il raggiungimento né di stimare il contributo delle iniziative alla riduzione di morbilità e mortalità, ma identificano contributi plausibili nella direzione attesa.

I due stati intermedi risultano sostanzialmente confermati, con un grado di consolidamento differente. Il primo, servizi territoriali e comunitari rafforzati, trova riscontro nei servizi di prossimità, nell'integrazione tra strutture, brigate mobili e attori comunitari, nella presa in carico differenziata di adolescenti e giovani e nel rafforzamento dello screening delle DNT; produce risultati più solidi quando funziona l'intera catena di riferimento, diagnosi, trattamento e follow-up. Il secondo, istituzioni con maggiori capacità tecniche e organizzative, trova riscontro nel rafforzamento delle competenze e nella collaborazione tra istituzioni e partner, ma risente della scarsità e del turnover del personale.

I quattro percorsi di cambiamento trovano riscontro, a specifiche condizioni.

- **Rafforzamento delle capacità:** la formazione produce risultati quando è seguita da applicazione pratica, supervisione e disponibilità di attrezzature.
- **Accesso attraverso modelli decentrati e comunitari:** è il percorso con il riscontro più netto, ma i risultati durano solo se il sistema sostiene le attività di prossimità e la capacità di risposta delle strutture.
- **Servizi integrati e differenziati:** particolarmente riconoscibile negli interventi per adolescenti, giovani e donne; meno sistematica l'attenzione alle vulnerabilità multiple e alla disabilità.
- **Produzione e utilizzo di evidenze:** le iniziative hanno prodotto conoscenze e partenariati, ma il passaggio all'utilizzo nelle decisioni è meno lineare.

Tra le assunzioni, la continuità dell'impegno istituzionale e il coordinamento con le autorità sanitarie risultano confermati, mentre la disponibilità di personale stabile e di condizioni operative adeguate è solo parzialmente verificata. La valutazione ha inoltre evidenziato un fattore abilitante meno esplicito nella formulazione preliminare: la continuità nel tempo. La Teoria del Cambiamento finale può 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 contribuisce a migliorare la risposta ai bisogni delle popolazioni vulnerabili quando è sostenuto da continuità istituzionale e operativa, disponibilità di risorse e capacità di adattamento al contesto mozambicano.

4 Conclusioni

La valutazione restituisce un giudizio complessivamente positivo sul contributo della Cooperazione Italiana al settore sanitario in Mozambico. Pur nella diversità degli ambiti, dei territori e dei gruppi beneficiari, le cinque iniziative condividono 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 alcuni casi, sulla **produzione di conoscenze attraverso la ricerca operativa**. Rispetto ai singoli criteri di valutazione, emerge quanto segue:

- **Impatto:** cambiamenti a livello individuale, comunitario e istituzionale e segnali di influenza più ampia sul sistema sanitario, in particolare per l'accesso delle popolazioni remote, le competenze degli operatori, i servizi per adolescenti e giovani e l'attenzione alle DNT; il contributo è prevalentemente cumulativo.
- **Sostenibilità:** più solida per capacità, relazioni e pratiche integrate nei servizi; più fragile per le componenti con costi ricorrenti. La capacità delle istituzioni di adattare le funzioni essenziali alle risorse disponibili costituisce essa stessa una dimensione della sostenibilità.
- **Efficacia:** giudizio positivo, con risultati non uniformi; maggiore laddove gli interventi hanno combinato integrazione nel sistema pubblico, prossimità, componente comunitaria e continuità delle relazioni.
- **Coerenza:** elevata rispetto alle priorità nazionali, alla Cooperazione Italiana, al Global Fund e all'Agenda 2030; buona complementarità tra le iniziative, non gestite tuttavia come un portafoglio unitario.
- **Efficienza:** positiva per l'adeguatezza dei modelli operativi e l'utilizzo delle capacità esistenti; i maggiori costi della prossimità vanno letti rispetto alla capacità di raggiungere le popolazioni remote.
- **Rilevanza:** elevata, grazie alla traduzione di bisogni e vulnerabilità differenti in servizi adattati alle barriere concrete di accesso; margini di miglioramento per partecipazione nella progettazione, vulnerabilità multiple e rischi climatici.

Permangono fragilità ricorrenti: scarsità e turnover del personale, disponibilità discontinua di attrezzature e consumabili, costi logistici della prossimità e dipendenza da finanziamenti esterni. Sul piano delle tematiche trasversali, l'attenzione all'equità e alle barriere di genere è riconoscibile soprattutto negli interventi per donne, giovani e popolazioni remote, ma resta disomogenea la capacità di analizzare chi rimane meno raggiunto e di documentare risultati disaggregati. Nel loro insieme, le iniziative mostrano che il contributo della Cooperazione Italiana assume maggiore valore quando accompagna il sistema pubblico nel tempo, combina rafforzamento istituzionale e prossimità comunitaria e valorizza relazioni continuative tra istituzioni, enti esecutori, comunità e partner scientifici. La continuità emerge così come il principale fattore che collega efficacia, impatto e sostenibilità, mentre le opportunità offerte da una prospettiva di portafoglio risultano ancora solo parzialmente valorizzate.

5 Raccomandazioni

Le raccomandazioni derivano dalle evidenze e dalle conclusioni della valutazione e sono organizzate per livello e destinatari.

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 della Cooperazione Italiana in Mozambico, valorizzando le complementarità tra iniziative e utilizzando sistematicamente evidenze e apprendimenti per individuare esperienze, capacità e modelli da consolidare, sviluppare o adattare alle priorità sanitarie nazionali e subnazionali. Prevedere momenti periodici di analisi e capitalizzazione del portafoglio salute, con il coinvolgimento di AICS Maputo, degli enti esecutori e del MISAU, per condividere risultati e apprendimenti, identificare sinergie e lacune e orientare la programmazione successiva, privilegiando il rafforzamento delle capacità e dei meccanismi già integrati nel sistema sanitario pubblico.

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

Livello: Strategico-programmatico – **Destinatari**: DGCS/AICS

Prevedere durate progettuali e dotazioni finanziarie adeguate agli obiettivi, all'estensione territoriale e ai tempi necessari per consolidare capacità, modelli di servizio e cambiamenti nelle pratiche. L'estensione a 36 mesi introdotta dal Bando Global Fund 2024 rappresenta un'evoluzione positiva, di cui verificare l'adeguatezza rispetto alle diverse tipologie di intervento. Considerare inoltre i tempi amministrativi e istituzionali, inclusi quelli per le autorizzazioni etiche nella ricerca operativa, mantenendo la possibilità di durate inferiori per interventi circoscritti o inseriti in percorsi programmatici continuativi.

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 istituzioni sanitarie provinciali e distrettuali

Rafforzare, fin dalla formulazione, la definizione condivisa di strategie di sostenibilità e di uscita con le istituzioni sanitarie competenti, identificando funzioni essenziali da preservare, responsabilità, capacità necessarie, costi ricorrenti e fattori di rischio. Prevedere modalità realistiche e progressive di trasferimento o consolidamento delle funzioni, tenendo conto delle risorse e delle capacità del sistema sanitario. Riesaminare periodicamente la fattibilità della strategia durante l'implementazione, soprattutto nell'ultimo anno, per identificare criticità e introdurre eventuali adattamenti, riconoscendo il ruolo delle decisioni e degli impegni istituzionali nella sostenibilità di lungo periodo.

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

Livello: Istituzionale – nazionale – **Destinatari**: MISAU (supporto: AICS, enti esecutori, DPS/SPS, istituzioni accademiche e di ricerca)

Promuovere l'utilizzo sistematico delle evidenze prodotte dai progetti per identificare pratiche e modelli efficaci da consolidare, adattare o integrare nel sistema sanitario pubblico. Valutarne l'adattabilità ai diversi contesti territoriali, considerando bisogni, capacità istituzionali e risorse disponibili, e definire modalità sostenibili di implementazione e monitoraggio, senza replicare automaticamente i modelli progettuali. AICS potrebbe facilitare il dialogo con il MISAU e fornire accompagnamento tecnico, anche attraverso il coinvolgimento di esperti, per sostenere l'eventuale istituzionalizzazione delle pratiche più promettenti.

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

Livello: Istituzionale – provinciale, distrettuale e operativo – **Destinatari**: MISAU, DPS/SPS e SDSMAS (supporto: AICS ed enti esecutori)

Consolidare modelli integrati di prossimità che combinino servizi sanitari decentralizzati e attori comunitari, adattandone organizzazione e frequenza ai bisogni territoriali e alle risorse disponibili. Integrare progressivamente APE, ACS e altre figure comunitarie nella pianificazione e nei percorsi assistenziali, rafforzandone formazione, supervisione e funzioni di referral e follow-up. Assicurare il coordinamento tra attività di prossimità e capacità delle strutture sanitarie di riferimento, attraverso una pianificazione condivisa a livello provinciale e distrettuale. AICS potrebbe fornire accompagnamento tecnico alle autorità sanitarie per consolidare modelli organizzativi sostenibili e rafforzare il collegamento tra comunità e servizi pubblici.

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

Livello: Istituzionale – operativo – **Destinatari**: MISAU, DPS/SPS e SDSMAS (supporto: AICS ed enti esecutori)

Integrare le attività formative sostenute dai progetti nei meccanismi ordinari del sistema sanitario, prevedendo applicazione pratica (assicurando la disponibilità di attrezzature, strumenti e materiali adeguati alle competenze acquisite), supervisione periodica, aggiornamento e trasferimento delle competenze all'interno delle strutture.

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

Livello: Programmatico – istituzionale – **Destinatari**: MISAU e AICS (con DPS/SPS, SDSMAS, enti esecutori e attori comunitari)

Integrare sistematicamente nella formulazione degli interventi un'analisi differenziata delle barriere all'accesso effettivo, e valorizzare le funzioni che hanno prodotto maggiore valore: accoglienza dedicata, supporto psicosociale, peer support e accompagnamento alla continuità terapeutica, con un'attenzione specifica alle ragazze e alle giovani donne, nonché ai gruppi più vulnerabili.

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

Livello: Strategico-programmatico – **Destinatari**: MISAU e AICS (supporto: università e istituzioni di ricerca mozambicane e italiane, enti esecutori)

Consolidare le componenti di ricerca operativa e di gestione dei dati già previste nei progetti Global Fund, promuovendo partenariati di medio-lungo periodo che rafforzino le capacità nazionali di produzione e utilizzo delle evidenze. Ne sono un esempio la collaborazione tra Università di Padova e CIOB e quella tra Università di Brescia e UniSave. Quest'ultima, sviluppatasi dopo la conclusione del progetto, mostra il potenziale di continuità delle collaborazioni scientifiche e rappresenta una buona pratica replicabile. La ricerca operativa dovrebbe documentare l'efficacia delle soluzioni sperimentate e le condizioni per il loro adattamento o la loro estensione, considerando i tempi propri della ricerca, incluse le approvazioni etiche.

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

Livello: Programmatico – operativo – **Destinatari**: AICS ed enti esecutori (con MISAU, DPS/SPS e SDSMAS)

Rafforzare, fin dalla formulazione, l'analisi dei rischi e la pianificazione di misure di mitigazione e continuità operativa, prevedendo margini realistici nei cronoprogrammi e modalità alternative di attuazione. Considerare in particolare i ritardi istituzionali e nelle autorizzazioni etiche, nonché i

rischi climatici e ambientali. Aggiornare periodicamente l’analisi dei rischi con le istituzioni sanitarie, utilizzando le evidenze del monitoraggio e della ricerca operativa per adattare tempestivamente gli interventi. AICS potrebbe accompagnare questo processo, valorizzando gli strumenti di flessibilità e rimodulazione già previsti dalle proprie procedure.

6 Lezioni apprese e buone pratiche

Le lezioni apprese derivano dall'analisi trasversale delle cinque iniziative e dalla triangolazione delle evidenze documentali e raccolte sul campo, con l'obiettivo di individuare i fattori che favoriscono l'efficacia, l'appropriazione e la sostenibilità degli interventi, fornendo indicazioni per future iniziative della Cooperazione Italiana in ambito sanitario.

LA1. La continuità della presenza e delle relazioni istituzionali consente di costruire risultati cumulativi che difficilmente possono essere prodotti da interventi isolati. Un nuovo intervento produce maggiore valore quando riconosce e utilizza capacità, relazioni e soluzioni costruite in precedenza; alcuni interventi brevi hanno prodotto risultati apprezzabili proprio perché inseriti in traiettorie di collaborazione più lunghe. La continuità non implica il finanziamento ripetuto dello stesso progetto, ma la capacità di costruire sui processi già avviati.

LA2. L'integrazione nel sistema sanitario pubblico favorisce l'appropriazione dei modelli, ma non garantisce automaticamente la sostenibilità finanziaria. Una pratica può essere pienamente riconosciuta dalle istituzioni e restare vulnerabile quando richiede costi ricorrenti, personale, manutenzione o supporto logistico non disponibili dopo il progetto. L'integrazione istituzionale è quindi una condizione necessaria, ma non sufficiente, per la sostenibilità.

LA3. Per adolescenti e giovani, la prossimità ai servizi è anche relazionale. Ascolto, fiducia, riservatezza, supporto psicosociale e sostegno tra pari sono componenti essenziali dell'accessibilità reale per questo gruppo. La prossimità va quindi intesa anche come capacità del servizio di adattare relazione, spazi e modalità di presa in carico ai bisogni dei giovani, integrando assistenza clinica, supporto psicosociale e relazione tra pari.

LA4. La sostenibilità dipende dalla capacità di preservare e adattare le funzioni essenziali, non dalla replica integrale dei modelli progettuali. Una modalità operativa può non essere mantenibile, mentre la funzione a cui risponde può continuare con soluzioni organizzative diverse: avvicinare un servizio, garantire il follow-up, migliorare lo screening o offrire un'accoglienza adeguata ai giovani. La sostenibilità va quindi valutata rispetto alla capacità di preservare nel tempo le funzioni che hanno prodotto valore.

LA5. Gli attori comunitari sono una componente del percorso assistenziale, non soltanto uno strumento di sensibilizzazione. Oltre a sensibilizzare, collegano comunità e servizi sanitari, contribuendo all'identificazione dei bisogni e delle barriere all'accesso, al referral, all'accompagnamento e al follow-up degli utenti. La loro effettiva integrazione nel sistema sanitario richiede tuttavia funzioni chiaramente definite, un collegamento operativo con le strutture e formazione, supervisione e supporto continuativi.

LA6. La formazione produce effetti più duraturi quando è accompagnata da applicazione pratica, supervisione e trasferimento delle competenze. Lo sviluppo delle capacità va inteso come un processo, condizionato anche dal turnover e dalla disponibilità di attrezzature e materiali. Quando il personale formato rimane nel sistema sanitario, la sua mobilità può anche favorire la circolazione delle competenze.

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. La ricerca produce maggiore valore quando è collegata all'implementazione, risponde a priorità conoscitive condivise e rafforza le capacità nazionali. La conoscenza prodotta attraverso un progetto può costituire essa stessa un risultato durevole dell'intervento.

LA8. Il coinvolgimento diretto dei beneficiari può trasformare gruppi vulnerabili da destinatari degli interventi in protagonisti e promotori di cambiamento. Quando esistono spazi effettivi di partecipazione, persone inizialmente considerate beneficiarie possono assumere nuovi ruoli e diventare interlocutori per le comunità e i servizi. La partecipazione dei beneficiari non è quindi soltanto uno strumento per migliorare la pertinenza degli interventi, ma può diventare essa stessa un processo di empowerment.