

Maternal and Child Health:
Local authorities and decentralization of services
in SADC area

Results and lessons learnt
Risultati e lezioni apprese

Maternal and Child Health: Local authorities and decentralization of services in SADC area



Results and lessons learnt
Risultati e lezioni apprese

Indice

Prefazione.....	p.06
Acronimi.....	p.08
Capitolo 1.....	p.12
Il progetto MATCH: logica, obiettivi e risultati	
1.1 Obiettivi e risultati	
Capitolo 2.....	p.26
Le aree d'intervento del progetto MATCH	
2.1 Contesto Locale in Sudafrica	
2.2 Contesto locale in Tanzania	
2.3 Contesto Locale in Repubblica Democratica del Congo	
Capitolo 3.....	p.40
Garantire raggiungimento ed efficacia dei risultati: Il monitoring & evaluation plan del progetto Match	
Capitolo 4.....	p.52
Risultati raggiunti nelle aree di intervento	
4.1 Cura e accompagnamento della madre con riferimento alla PMTCT	
4.2 Cura e follow up del bambino con riferimento alla PMTCT	
4.3 Coinvolgimento dei partners maschili	
4.4 Risultati raggiunti nell'area della Ville de Kananga	
Capitolo 5.....	p.70
Lezioni apprese	
5.1 Supporto alla governance locale e alla società civile	
5.2 Utilizzo del sistema informativo per monitoraggio e pianificazione dei servizi	
5.3 Semplificazione del sistema di riferimento -referral - presso le strutture sanitarie	
5.4 Potenziamento del ruolo dei Community Health Workers	
5.5 Rintracciamento e monitoraggio individuale dei pazienti	
5.6 Clinic health audits per miglioramento della gestione pazienti in Sud Africa	
5.7 Coinvolgimento maschile	
5.8 Sensibilizzazione nelle scuole sulla salute sessuale e riproduttiva	

Table of Contents

Preface.....	p.06
Acronyms.....	p.08
Chapter 1.....	p.12
The MATCH project: intervention logic, objectives and results	
1.1 Objectives & Results	
Chapter 2.....	p.26
The MATCH project's target areas	
2.1 Local context in South Africa	
2.2 Local context in Tanzania	
2.3 Local context in Democratic Republic of Congo	
Chapter 3.....	p.40
Ensuring result's achievement and effectiveness: The monitoring and evaluation plan of the MATCH project	
Chapter 4.....	p.52
Results achieved in the project target areas	
4.1 Mother's Care & Follow-Up with reference to the PMTCT programme	
4.2 Child's Follow-Up & Care with reference to the PMTCT programme	
4.3 Male partner's Involvement	
4.4 Results achieved in the Ville de Kananga area	
Chapter 5.....	p.70
Lessons learnt	
5.1 Support to local governance and civil society	
5.2 Enhancement of information system utilization for healthcare services' monitoring and planning	
5.3 Referral systems improvement and simplification	
5.4 Enhancement of community health workers' role	
5.5 Individual patients' tracing and monitoring practices	
5.6 Clinic health audits for patients' management improvement in South Africa	
5.7 Male partners' involvement	
5.8 School sexual and reproductive Health Education programme	

Prefazione / Preface

Il decennale impegno e la conseguente esperienza acquisita grazie alle numerose iniziative promosse, hanno portato la Regione Toscana a svolgere un ruolo sempre più rilevante e riconosciuto nella promozione e coordinamento di progetti di cooperazione internazionale e decentrata.

The long-lasting commitment and the experience, which derives from several initiatives in the field, have progressively led the Region of Tuscany to play a significant and renowned role in promoting and coordinating international and decentralized development cooperation interventions.

Italiano

Il forte accento posto sull'accompagnamento e il supporto attivo e continuato ai processi di decentramento politico, amministrativo ed istituzionale nei paesi in via di sviluppo ha portato la Regione all'acquisizione di un'expertise di alto profilo nella pianificazione di interventi di sviluppo socio-economico sostenibili ed efficaci.

Nell'ambito della salute, inoltre, la Toscana, tramite la DG Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, è riconosciuta a livello nazionale come Regione particolarmente strutturata per le iniziative di cooperazione sanitaria internazionale, essendo l'unica Regione italiana ad aver creato un Centro istituzionale di Salute Globale, che afferisce organizzativamente all'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer di Firenze.

Nel 2011, la Regione Toscana, in cooperazione con attori istituzionali locali, ha lanciato il Progetto MATCH – Maternal and Child Health: local authorities and decentralisation of services in SADC area - in tre regioni rurali e marginalizzate di tre paesi dell'Africa Subsahariana: Distretto OR Tambo in Sud Africa, Kondoa in Tanzania e Ville de Kananga Repubblica Democratica del Congo.

Il progetto è nato grazie all'esperienza della cooperazione sanitaria internazionale della Regione

English

The Region has always shown particular interest in and provided active support to processes oriented towards political, administrative and institutional decentralization in developing countries, acquiring over the years a top profile expertise in planning, managing and coordinating sustainable and effective development initiatives.

Through the Social Cohesion and Citizenship Rights Directorate- General, it is acknowledged to be one of the most structured Region at national level in promoting international cooperation initiatives in the health sector, being the only Italian decentralized authority that created an institutional Global Health Centre, within the Meyer Children's Hospital.

In 2011, the Region, in cooperation with other local institutional actors, launched the MATCH project – Maternal and Child Health: local authorities and decentralisation of services in SADC area-targeting rural and marginalized regions of three African Countries: the OR TAMBO district in South Africa, the Kondoa district in Tanzania and the Ville of Kananga in the Democratic Republic of Congo.

The project stemmed from the experience acquired by the Region in the international health cooperation sector and by three NGOs – Oxfam Italia, CMSR and COSPE, all based in Tuscany.

e di tre ONG toscane, Oxfam Italia, CMSR e Cospe. Le tre ONG, con una lunga storia di promozione di iniziative di sviluppo sociale nei Paesi beneficiari, hanno fornito sostegno e svolto il ruolo di coordinamento delle attività a livello locale, grazie all'approfondita conoscenza dei contesti e delle istituzioni partner.

Il Centro di Salute Globale della Regione Toscana, la cui strategia di cooperazione sanitaria si fonda su principi di equità e lotta alle ineguaglianze nell'accesso alle cure, ha offerto alla Regione la sua esperienza ed expertise tecnica, garantendo inoltre supporto continuativo nel coordinamento degli attori coinvolti e nella gestione complessiva dell'iniziativa. L'inserimento di altri partner in ambito sanitario – come l'ARS (Azienda Regionale di Sanità) Toscana – ha ulteriormente rafforzato l'iniziativa.

Il sistema di governance del progetto prevedeva la creazione di una unità di coordinamento in Italia, composta dai rappresentanti dei partner italiani ed unità di gestione locali delle tre aree di intervento. Il funzionamento efficace e trasparente degli organi sopra elencati ha contribuito in maniera determinante alla buona riuscita del progetto in termini del raggiungimento dei risultati illustrati in questa pubblicazione. In particolare, l'attività dell'unità di coordinamento in Italia si è svolta con incontri periodici e continui scambi di informazioni attraverso gli strumenti previsti dal piano di monitoraggio e valutazione del progetto, oltre che riunioni straordinarie in momenti cruciali dell'implementazione dell'iniziativa. La Regione Toscana ha svolto un ruolo di guida e di direzione politica e scientifica attraverso il suo Centro di Salute Globale che hanno assicurato una visione complessiva del progetto e capacità di adattamento ai cambiamenti di contesto. Inoltre la stretta collaborazione tra le Ong partner ha rappresentato un valore aggiunto importante tanto in termini di confronto e di scambio esperienze tra le diverse realtà come in termini di miglioramento delle loro performance gestionali. Questa esperienza di lavoro condiviso ha dimostrato come sia fondamentale in questo particolare momento storico creare e consolidare partnership strategiche tra i diversi soggetti della cooperazione internazionale che garantiscano efficienza, efficacia e trasparenza.

The three NGOs contributed to the project with their grounded experience in the promotion of social development programmes in the targeted areas and their accurate knowledge about local contexts and partners.

The Region's Global Health Centre, whose international cooperation strategy builds upon equity principles and advocates universal access to healthcare services, made available to the Tuscany Region its experience and technical expertise. It furthermore ensured continuous support in coordinating the different actors and in the overall supervision of the project. The inclusion of other partners in the healthcare field, as the ARS (Regional Health Agency) of Tuscany, further contributed to strengthening the initiative.

The governance of the project built on a coordination unit in Italy, composed of representatives of the Italian partners and local management units in the three areas of intervention. The effective and transparent functioning of the above-mentioned bodies has contributed greatly to the success of the project in terms of the achievement of the results described in this publication. In particular, the activity of the coordination unit in Italy implied regular meetings and continuous exchange of information through the tools provided by the monitoring and evaluation plan of the project, as well as special meetings at crucial moments of the implementation period. The Tuscany Region has played a leading role and has given the political and scientific direction through its Global Health Center, which ensured an overall view of the project and the flexibility to adapt to changes in the local contexts. Moreover, the close collaboration between the NGO partners was an important added value both in terms of exchange of experiences among the different contexts and in terms of improvement of their operating performance. This experience of joint work has shown how important it is in this particular historical moment to create and consolidate strategic partnerships between the different actors of international cooperation to ensure efficiency, effectiveness and transparency.

Maria José Caldés Pinilla

Centro di Salute Globale della Regione Toscana
Global Health Center of the Region of Tuscany

Acronimi

ANC	Cura e assistenza pre-natale	NVP	Nevirapina
ART	Trattamento Antiretrovirale	OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO)
AS	Area Sanitaria	ONG	Organizzazione Non Governativa
AZT	Azidotimidina	PCR	Reazione a catena della polimerasi
CBO	Organizzazione a base comunitaria	PHC	Primary Health Care (Assistenza sanitaria di base)
CD4	Cluster of Differentiation 4	PNC	Cura e assistenza post-natale
CHW	Operatori sanitari di comunità	PMTCT	Prevenzione della trasmissione da madre a figlio
CMSR	Centro Mondialità Sviluppo Reciproco	PNMLS	Programma Nazionale Multisetoriale di Lotta all'AIDS
COSPE	Cooperazione per lo Sviluppo dei Paesi Emergenti	RDC	Repubblica Democratica del Congo
CSG	Centro di Salute Globale della Regione Toscana	SA	Sud Africa
CSO	Organizzazione della società civile	SADC	Comunità di Sviluppo dell'Africa del Sud
CTC	Centro di trattamento e cura	SPF	Small Projects Foundation
DBS	Dried Blood Spot (test enzimatico su campione sanguigno)	SRH	Salute sessuale e riproduttiva
FDC	Combinazione a dose definita	STI	Malattie sessualmente trasmissibili
HCT	Testing e counseling per HIV	TB	Tubercolosi
HIV	Virus d'immunodeficienza umana	UCOP+	Unione Congolese delle Organizzazioni per le Persone Sieropositive
LTF	Lost to follow-up (paziente sfuggito al sistema di controllo)	VCT	Counseling and Testing volontario
M&E	Monitoraggio e valutazione	ZS	Zona Sanitaria
MCH	Salute materno-infantile		
MTCT	Trasmissione da madre a figlio		

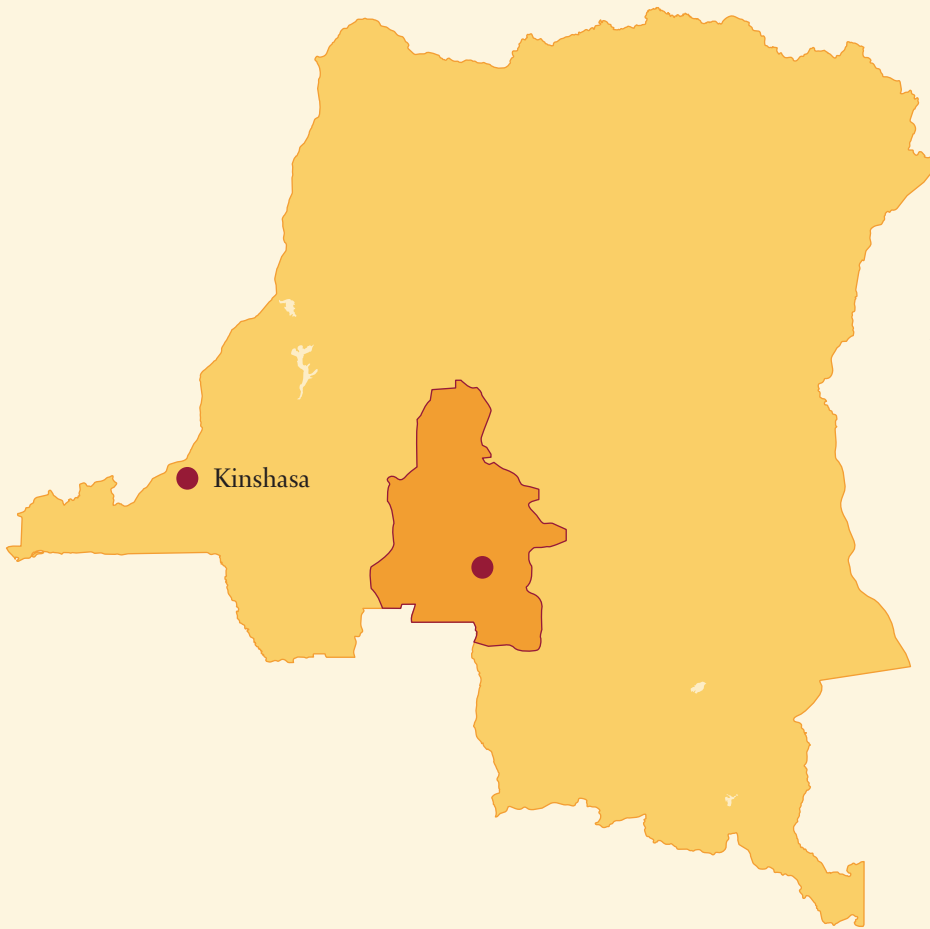
Acronyms

ANC	Ante-natal care	NVP	Neviparine
ART	Anti-Retroviral Treatment	NGO	Non-governmental organization
AS	Aire de Santé (Health Area)	PCR	Polymerase chain reaction
AZT	Azidotimidine	PHC	Primary Health Care
CBO	Community-based Organization	PMTCT	Prevention of Mother-to-Child Transmission
CD4	Cluster of differentiation 4	PNC	Post-Natal Care
CHW	Community Health Worker	PNMLS	Multi-sector national programme to fight HIV
CMSR	Centro Mondialità Sviluppo Reciproco	SA	South Africa
COSPE	Cooperazione per lo Sviluppo dei Paesi Emergenti	SADC	Southern African Development Community
CSG	Global Health Center of the Region of Tuscany	SPF	Small Projects Foundation
CSO	Civil Society Organization	SRH	Sexual and Reproductive Health
CTC	Care and treatment Center	STI	Sexually-transmitted infections
DBS	Dried Blood Spot	TB	Tuberculosis
DRC	Repubblica Democratica del Congo	UCOP+	Congolese Union of Organizations for HIV-Positive people
FDC	Fixed Dose Combination	VCT	Voluntary Counseling and Testing
HCT	HIV Counseling and Testing	WHO	World Health Organization
HIV	Human Immunodeficiency virus	ZS	Zone de Santé (Health Zone)
LTF	Lost to Follow-Up		
M&E	Monitoring & Evaluation		
MCH	Mother and Child's Health		
MTCT	Mother-to-Child-Transmission		

L'iniziativa in Africa

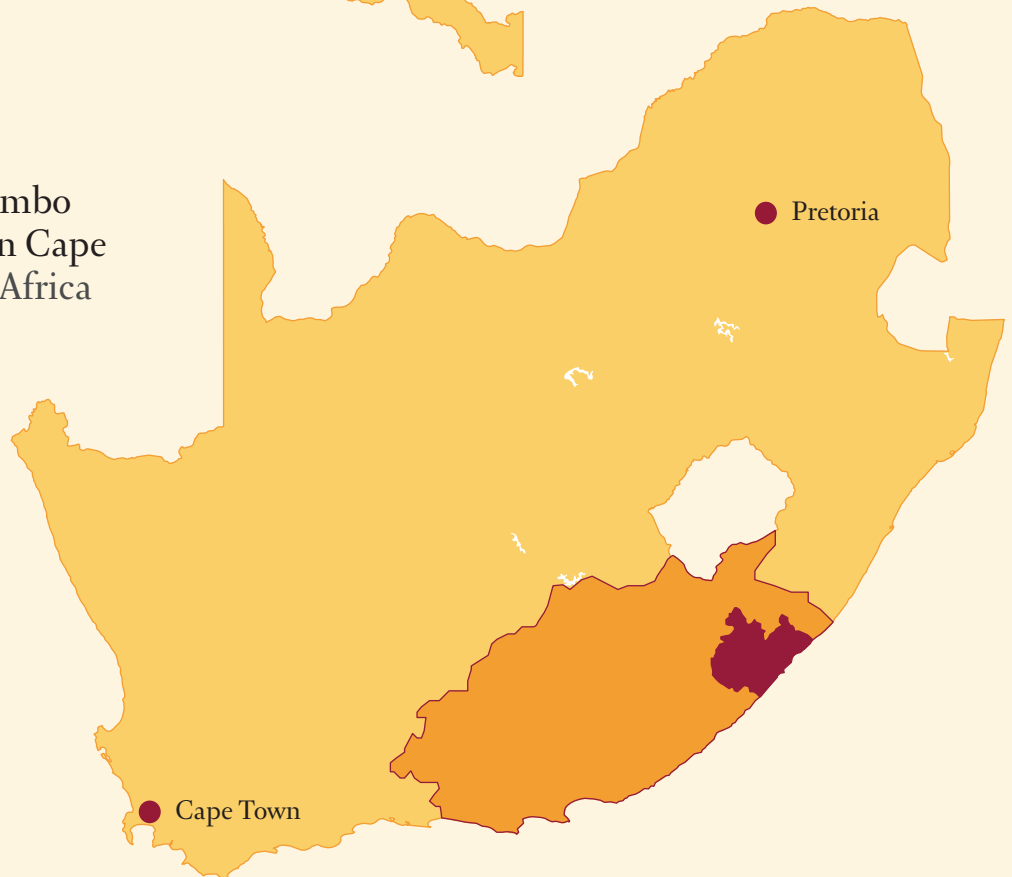
The Initiative in Africa





Ville de Kananga
Kasai Occidental
RD Congo

OR Tambo
Eastern Cape
South Africa



Pretoria

Cape Town



Capitolo 1 – Il progetto Match: Logica, obiettivi e risultati.

Chapter 1 – The Match Project: Intervention logic, objectives & results.

Italiano

Il progetto “Maternal and child health: local authorities and decentralization of services in the SADC area- MATCH” ha rappresentato, alla luce degli obiettivi preposti e dei risultati raggiunti nell’arco dei 3 anni di messa in opera, un importante contributo al miglioramento del livello di qualità e copertura dei servizi sanitari di base destinati a madri e bambini affetti e/o esposti al virus HIV/AIDS in tre regioni dell’Africa Subsahariana, la Ville de Kananga in Repubblica Democratica del Congo, i distretti di Dodoma e Chemba in Tanzania e il Distretto di OR Tambo in Sudafrica.

English

The multi-country initiative “Maternal and child health: local authorities and decentralization of services in the SADC area - MATCH” has represented, in the light of its objectives and the results achieved over the implementation period, a precious contribution towards an effective improvement of the quality and coverage capacity of health care services dedicated to mothers and children affected and/or exposed to HIV-AIDS in three regions of Sub-Saharan Africa – the Kananga Municipality in Democratic Republic of Congo, the Dodoma and Chemba Districts in Tanzania and the OR Tambo district in South Africa.

L'iniziativa è stata concepita e articolata in virtù dell'impatto ancor oggi notevole che l'HIV assume nei tre paesi in questione, che rende necessario un supporto consistente e articolato alle autorità e alle strutture sanitarie competenti al fine di rafforzarne il ruolo e le capacità nella lotta all'epidemia.

Il focus primario dell'intervento è rappresentato dalla prevenzione della trasmissione del virus da madre a figlio (PMTCT), concentrandosi sui seguenti aspetti fondamentali:

1. Il rafforzamento delle capacità delle autorità locali competenti e del personale medico e paramedico locale.
2. L'assistenza tecnica e funzionale alle strutture sanitarie di base nello svolgimento delle loro funzioni.
3. La sensibilizzazione delle comunità beneficiarie insieme al rafforzamento delle organizzazioni comunitarie.

The initiative was conceived and specifically structured in order to reduce the effects which the HIV virus still produces in the mentioned countries, hereby making necessary a solid and articulated support to relevant local and health authorities so as to strengthen their role and capacities in the fight against the epidemic.

The main initiative's focus is set on the prevention of mother-to-child transmission, addressing indeed the following crucial aspects:

1. Strengthening capacities of local authorities and health staff.
2. Providing technical and functional assistance to basic healthcare facilities.
3. Raising awareness and education levels within rural communities also through building skills of community-based organizations.



Il progetto è nato dall'intenzione e dall'impegno di diversi attori e realtà, già da anni coinvolti nel settore, di fornire una risposta concreta e strutturata alle drammatiche conseguenze della diffusione dell'HIV in Africa Subsahariana che ancor oggi continua a mietere numerose vittime in particolare nelle aree rurali più povere e marginalizzate.

The project stemmed from the conscious commitment of different actors and realities, already actively involved in the international cooperation and development sector, to providing a proper answer to the tragic consequences of the wide HIV diffusion over the African continent, still claiming endless victims particularly in its most rural and marginalized areas.

Esso si è mosso sulla scia del *Global Plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive* lanciato dalle Nazioni Unite nel 2011, iniziativa chiave nel processo di definizione delle priorità, delle politiche e dei protocolli universali per contrastare la diffusione del virus e verificare il grado di efficacia e conseguimento degli obiettivi preposti. Il piano mirava infatti ad una riduzione del 90% delle nuove infezioni dell'HIV tra i bambini e del 50% delle morti materne dovute al virus in 22 paesi prioritari, obiettivo da realizzare entro il 2015 attraverso il seguente approccio basato su 4 pilastri:

The project priorities consistently adhere to the principles stated in the United Nations' Global Plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive, universally agreed upon in 2011 and representing a key step in the definition of common policies and protocols to fight the virus' diffusion and verify the actual effectiveness of the interventions in this field. The Plan aims at reducing by 90% the number of new children infected by HIV and reducing by 50% the number of HIV-related maternal deaths in 22 priority countries, objectives to be met by 2015 through a comprehensive, 4-pronged approach, hereby illustrated:

PMTCT Integrata

Comprehensive PMTCT



Prevenzione di nuove infezioni HIV tra donne in età riproduttiva

Preventing new HIV infection among women of reproductive age



Prevenzione di gravidanze indesiderate di donne sieropositive

Preventing unintended pregnancies among women living with HIV



Prevenzione della trasmissione del virus HIV da donne sieropositive ai loro figli

Preventing HIV transmission from women living with HIV to their children



Fornitura di assistenza, trattamento e supporto alle donne sieropositive e alle loro famiglie

Providing care, treatment and support to mothers living with HIV, their families and children

Nel quadro del terzo pilastro, il continuum of services per prevenire la trasmissione madre-figlio mira ad assicurare assistenza continuativa, a partire dalla fase prenatale fino a quella post-parto. Il Global Plan 2011-2015 prende in considerazione e tratta la coppia madre-figlio in qualità di un'entità "unica" che richiede supporto e assistenza continuata a partire dal terzo mese di gravidanza fino al 18° mese di vita del neonato. Il programma PMTCT diventa dunque un processo integrato e complesso, che implica l'adozione di politiche e programmi specifici fondati su decentramento dei servizi sanitari e integrazione della PMTCT nel quadro dei servizi per la coppia madre-figlio forniti dalle strutture sanitarie.

Nel 2013, l'OMS ha emanato nuove linee guida riguardanti l'uso di farmaci antiretrovirali per il trattamento e la prevenzione di infezione da HIV. Queste includono raccomandazioni riguardo l'erogazione di trattamento antiretrovirale a vita nei confronti di donne sieropositive, sia in fase di gravidanza che di allattamento, al fine di contrastare la trasmissione del virus HIV da madre a figlio. Le linee guida incitano all'adozione dell'Opzione B+, basata dunque sull'iniziazione del trattamento ART a vita quale che sia il valore CD4 della donna; qualora ciò non sia possibile, si ammette il ricorso all'opzione B, implicando di conseguenza un abbandono definitivo del protocollo legato all'Opzione A.

Within the third pillar, the PMTCT continuum of services is intended to ensure assistance right from Antenatal Care Services, through Intrapartum (Labour and Delivery) services, up until postpartum and postnatal service. The UN Global Plan 2011-2015 takes into consideration the mother-child couple as a "unical" entity necessitating of continuous assistance and support from the third month of pregnancy up until the 18th month of life of the child. The PMTCT thus becomes an integrated and complex process, requiring tailored health policies founded on decentralization and integration of PMTCT within maternal and child health services provided by healthcare facilities.

In 2013, the WHO released new consolidated guidelines on the use of Anti-retroviral Drugs for treating and preventing HIV infection. These include recommendations for providing lifelong antiretroviral treatment (ART) to pregnant and breast-feeding women living with HIV for the Prevention of Mother-to-child transmission. WHO guidelines recommend that programmers follow Option B+, hence offering all pregnant women life-long ART regardless of their CD4 count, or Option B, if the previous is not possible, thus definitely abandoning Option A.

Approfondimento I: Evoluzione del protocollo PMTCT

Case insight I : PMTCT Options Evolution

Opzione / Option A	Trattamento / Treatment (CD4 <350 Cell/MM3)	Profilassi / Prophylaxis (CD4 >350 Cell/MM3)	Neonati / Infant Receives
	<p>Triplo farmaco antiretrovirale appena formulata la diagnosi.</p> <p>Triple ARVs starting as soon as diagnosed, continued for life.</p>	<p>PRE-PARTO: AZT a partire dalla 14° settimana di gravidanza Durante parto: singola dose di NVP e prima dose AZT/3TC.</p> <p>POST-PARTO: dose giornaliera di AZT/3TC per 7 giorni.</p> <p>ANTEPARTUM: AZT starting as early as 14 weeks gestation Intrapartum: at onset of labour, single-dose NVP and first dose of AZT/3TC.</p> <p>POSTPARTUM: daily AZT/3TC through 7 days postpartum .</p>	<p>Dose giornaliera di NVP dalla nascita ad una settimana dopo la fine dell'allattamento al seno; se la madre è sotto trattamento e/o non allatta al seno, fino a 4-6 settimane.</p> <p>Daily NVP from birth until 1 week after cessation of all breast-feeding; or, if not breastfeeding or if mother is on treatment, through age 4–6 weeks.</p>
Opzione / Option B	<p>Triplo farmaco antiretrovirale appena formulata la diagnosi, continuato a vita.</p> <p>Triple ARVs starting as soon as diagnosed, continued for life.</p>	<p>Triple ARVs starting as early as 14 weeks gestation and continued intrapartum and through childbirth if not breastfeeding or until 1 week after cessation of all breastfeeding.</p> <p>Triplo farmaco assunto a partire dalla 14° settimana di gravidanza e continuato fino al momento della nascita; in caso di allattamento al seno, fino ad una settimana dopo la fine dell'allattamento.</p>	<p>Dose giornaliera di NVP o AZT a partire dalla nascita fino a 4-6 settimane di vita, indipendentemente dal tipo di allattamento.</p> <p>Daily NVP or AZT from birth through age 4–6 weeks regardless of infant feeding method.</p>
Opzione / Option B+	<p>Triplo farmaco antiretrovirale assunto appena formulata la diagnosi e indipendentemente da valore CD4, continuato a vita.</p> <p>Triple ARVs starting as soon as diagnosed, continued for life.</p>		<p>Dose giornaliera di NVP o AZT a partire dalla nascita fino a 4-6 settimane di vita, indipendentemente dal tipo di allattamento</p> <p>Daily NVP or AZT from birth through age 4–6 weeks regardless of infant feeding method.</p>



Rossana Marra / Oxfam Italia
OR Tambo. Eastern Cape. South Africa

Nell'ambito dell'Opzione A, le donne sono sottoposte ad una profilassi antiretrovirale in fase antenatale e durante il parto, che si conclude con un regime antiretrovirale post-parto finalizzato ad evitare i rischi di sviluppo di resistenza ai farmaci, mentre i neonati sono sottoposti a profilassi antiretrovirale per tutta la durata dell'allattamento.

L'opzione B presuppone un flusso clinico maggiormente semplificato nel quale tutte le donne incinta e in allattamento sono sottoposte alla profilassi antiretrovirale a partire dalla fase antenatale fino alla fine dell'allattamento. Esse possono sospendere la profilassi e continuare il monitoraggio CD4, riprendendo il trattamento qualora il CD4 diventi inferiore al valore 350 cell./mm³. La recente Opzione B+ prevede, infine, che a tutte le donne sieropositive sia offerto trattamento antiretrovirale a vita indipendentemente dal valore CD4.

Under Option A, women receive antenatal and intrapartum antiretroviral prophylaxis along with an antiretroviral postpartum “tail” regimen to reduce risks of drug resistance, while infants receive postpartum antiretroviral prophylaxis throughout the duration of breastfeeding.

Option B has a simpler clinical flow in which all pregnant and lactating women with HIV are initially offered ART – beginning in the antenatal period and continuing throughout the duration of breastfeeding. At the end of breastfeeding, women who do not yet require ART for their own health would discontinue the prophylaxis and continue to monitor their CD4 count, eventually re-starting ART when the CD4 falls below 350 cells/mm³. Along with these two options, a third approach has been introduced and afterwards recommended, the Option B+, in which all pregnant women living with HIV are offered life-long ART, regardless of their CD4 count.

L'opzione B+ è stata concepita e testata originariamente in Malawi, contesto nel quale il programma nazionale di trattamento antiretrovirale aveva dimostrato risultati positivi usando un approccio non strettamente imperniato sul valore CD4 nella determinazione dell'eleggibilità al trattamento, di più semplice implementazione, dunque, data la maggiore facilità di accedere al trattamento antiretrovirale in contesti nei quali la determinazione del valore CD4 si presenta maggiormente lunga e complessa.

In virtù della fruttuosità di tale esperienza e di ulteriori sviluppi in ambito tecnico e strategico, l'OMS ha emesso un importante aggiornamento programmatico nel 2012, enfatizzando i vantaggi operativi dell'adozione dell'opzione B+ che potrebbe dunque accelerare il processo verso l'azzeramento di nuove infezioni da HIV.

Il progetto MATCH mira a rispondere alla sfida lanciata dall'OMS concentrando i suoi sforzi principalmente sul terzo pilastro – prevenzione della trasmissione attraverso il rafforzamento dell'erogazione dei trattamenti antiretrovirali durante la gravidanza e l'allattamento – e in parte sul quarto – trattamento, assistenza e supporto per madri affette da HIV e relative famiglie- nelle aree maggiormente povere e marginalizzate di tre paesi prioritari.

Option B+ was first conceived and implemented in Malawi where the national ART program had already been functioning well using a public health approach that did not depend heavily on CD4 testing to determine who should initiate treatment. Malawi envisioned that Option B+ would be easier to implement due to its simple “one size fits all” approach which would enable women to access ART at high levels even in settings with poor access to CD4 testing. In response to Malawi's early success and other strategic and technical developments, WHO released an important programmatic update emphasizing that “B+ seem to offer important programmatic and operational advantages and thus could accelerate progress towards eliminating new paediatric infections”.

The update also makes it clear that ultimate success of Option B+ will require an increased investment in interventions to improve long-term ART adherence and retention. Intensified support is also needed for other aspects of PMTCT programs beyond ART, including ensuring support for safe

The MATCH project aims at combating new HIV infections by focusing its efforts mainly upon preventing HIV transmission from women living with HIV to their children and Providing care, treatment and support to HIV-positive mothers and their families – in particular those living in poor and marginalized areas of the three target countries.

La strategia progettuale si sviluppa su tali presupposti, concentrando l'attenzione sulla popolazione femminile, particolarmente in età riproduttiva, quale attore chiave in qualsiasi iniziativa volta a contribuire al processo di lotta alla diffusione ed eliminazione del virus, senza tuttavia mettere in secondo piano l'importanza che un attivo coinvolgimento maschile può rivestire in tale ambito. Le cliniche rurali, punti di riferimento "sicuri" e confidenziali, rappresentano il luogo migliore per raggiungere donne e bambini, dove inoltre la promozione di informazione ed educazione appare più efficace. Al fine di garantire maggiore informazione, copertura e miglior qualità dei servizi sanitari per donne in età riproduttiva, essenziali per frenare la diffusione del virus, si mira dunque al rafforzamento delle strutture sanitarie e delle comunità locali in materia di PMTCT.

Le attività progettuali sono state strutturate su due livelli: al fianco di interventi specifici all'interno dei tre paesi, una componente transnazionale di scambio e condivisione è stata lanciata al fine di capitalizzare lezioni apprese e buone pratiche identificate durante il progetto.

Soggetto proponente dell'iniziativa è stata la Regione Toscana, che si è avvalsa dell'expertise tecnica del Centro di Salute Globale della Regione, ente attivamente coinvolto nella realizzazione d'iniziative volte a migliorare le condizioni socio-igienico-sanitarie delle popolazioni più povere in svariati Paesi in via di Sviluppo. La Municipalità Distrettuale di Or Tambo in Sud Africa, il Consiglio Distrettuale di Kondoa in Tanzania e la Ville de Kananga in RDC hanno rappresentato i partner istituzionali chiave del progetto, per il loro ruolo fondamentale

The whole project strategy is centred on the crucial role played by women of reproductive age within any initiative intending to contribute to the fight against HIV, without obviously bypassing the importance of an active engagement of the male partners. Most project activities take place within rural healthcare facilities, bottom-level structures currently undergoing decentralization and competencies' transfer process. These generally represent a safe environment for women and their children, whereby they are more easily reachable and education and awareness raising processes can have maximum effectiveness. In order to ensure awareness diffusion, improved quality and capacity of health care services for women of reproductive age, rural health facilities are indeed the focal point of the initiative.

The project activities have been structured on two parallel levels: in conjunction with a set of in-country operations, a transnational exchange component has been included to allow capitalization of results, best practices and lessons learned over the project implementation period.

The project's leading proponent was represented by the Regional Government of Tuscany; the Regional Centre for Global Health, actively involved in several social and health development programs, thereafter availed its technical expertise and competencies to the Regional government.

The O.R. Tambo district Municipality in South Africa, the District Council of Kondoa in Tanzania and the Kananga Municipality in RDC were the three key institutional partners due to their important role in directing and supporting PMTCT-related policies.

nel supportare e governare le politiche sanitarie in termini di prevenzione e trattamento del virus HIV. La Regione è stata inoltre supportata da tre organizzazioni non governative italiane, che hanno svolto la funzione di partner tecnici grazie alla presenza ed esperienza pregressa sul campo. Oxfam Italia ha supportato la Regione Toscana nel coordinamento complessivo del progetto e ha gestito direttamente la realizzazione delle attività in Sudafrica, insieme all'ONG locale Small Projects Foundation (SPF), e in Repubblica Democratica del Congo. Il Centro Mondialità Sviluppo Reciproco (CMSR) ha coordinato le attività progettuali in Tanzania. COSPE è stata invece responsabile della componente di monitoraggio e valutazione e del coordinamento delle attività transnazionali.

The Region of Tuscany has also been supported by three Italian NGOs which, thanks to their presence and experience in the project target areas, could act as technical and implementing partners in the initiative. Oxfam Italia assisted the Region in the coordination of the overall project and coordinated directly the activities in DRC and South Africa, in the latter supported in turn by the local partner NGO Small Projects Foundation (SPF). The CMSR coordinated the activities in Tanzania, while COSPE has been in charge of the monitoring and evaluation activities and the transnational component.



1.1 Obiettivi e risultati

Objectives and results



Elisha Thompson
Kondoa, Dodoma, Tanzania

Obiettivo generale del progetto è rappresentato dalla riduzione del tasso di mortalità e incidenza dell'infezione da virus HIV nelle aree rurali, attraverso la promozione del ruolo delle autorità locali nella riduzione della povertà e nel miglioramento della qualità dei servizi sanitari di base. Obiettivo specifico è facilitare l'erogazione di servizi sanitari innovativi in termini di trattamento antiretrovirale e prevenzione della trasmissione del virus da madre a figlio nelle aree rurali dei tre paesi in questione, assistendo inoltre le autorità locali competenti e le strutture sanitarie di base nello svolgimento delle loro funzioni e sviluppando le capacità della società civile a favore delle famiglie e delle comunità locali.

General objective of the project is represented by a reduction of HIV-related mortality and incidence rate in rural areas, through the promotion of local authorities' role in reducing poverty and improving basic healthcare services' quality. Specific objective is to facilitate provision of innovative health care services in terms of antiretroviral treatments and protocols for prevention of mother-to-child transmission in three rural target areas, assisting local authorities and health facilities in performing their duties as well as developing civil society actors' skills to support families and communities.

Sulla scorta degli obiettivi enunciati, i principali risultati attesi riguardano:

1. Il miglioramento delle capacità delle autorità locali nei processi di pianificazione ed erogazione dei servizi, anche attraverso la messa in rete di autorità afferenti a diversi livelli e l'adozione di un approccio multisettoriale.
2. Il miglioramento della qualità dei servizi sanitari attraverso il coinvolgimento delle comunità locali e l'integrazione di servizi di assistenza prenatale, di test e counseling HIV, di salute materno-infantile e prevenzione della trasmissione HIV.
3. Un maggior grado di consapevolezza e informazione delle comunità locali su tematiche relative a trattamento e prevenzione della trasmissione del virus - per donne incinte sieropositive nei confronti dei loro figli e per i partners maschili nei confronti delle loro compagne.

Le attività finalizzate al conseguimento di tali risultati sono dunque state sviluppate su due assi: da un lato, il rafforzamento delle capacità tecniche e gestionali del personale delle strutture sanitarie di base, dall'altro, la promozione del coinvolgimento e della partecipazione della società civile e delle comunità locali in tema di prevenzione e trattamento dell'HIV.

Come rappresentato nel grafico seguente, il progetto ha mirato, all'interno dei 3 contesti specifici, a coinvolgere e attivare svariate figure afferenti a livelli diversi per massimizzare l'impatto e l'efficacia dell'iniziativa e creare una sinergia positiva in grado di supportare e rafforzare il processo attivato:

On the wake of such objectives, the main expected results were defined as:

1. Improved capacities of decentralized local authorities – also through the creation of a network of local authorities at both national and international level - in health service planning, service delivery and adopting a multispectral approach.
2. Level of health services improved and integration of services of antenatal (ANC), HIV counselling and testing (HCT), prevention of mother to child transmission (PMTCT), Maternal, neonatal and child health (MNCH) and Mother and paediatric HIV treatment care and support at clinic level with active involvement of communities.
3. Increased awareness and involvement of communities in preventing HIV infection, especially of pregnant women, from HIV positive pregnant women and HIV positive mothers to their babies and from male partners to their pregnant women.

The activities realized to achieve said results have been hence developed upon two complementary axes: on one hand, pursuing a sound reinforcement of technical and management skills of health facilities' staff; on the other hand, promoting engagement and participation of civil society and local communities on the themes of HIV prevention and treatment.

As represented in the following scheme, the projects intends to foster the role and activate several actors on different levels, to enhance the initiative's impact and effectiveness and create a positive synergy supporting the process hereby initiated:



Local Authorities

Expected Result:
Strengthened capacities of political and technical levels.

Type of Activities:

- Mobilization
- Awareness-raising
- Training
- Support



Health System

Expected Result:
Strengthened health care services with communities to play a meaningful role.

Type of Activities:

- Training
- Mentoring
- Monitoring
- Equipment Supply



Community

Expected Result:
Increased awareness, strengthened prevention, increase partner involvement and community support.

Type of Activities:

- Mobilization
- Outreach
- Awareness raising
- Prevention

L'idea alla base della strategia progettuale è, dunque, che il coinvolgimento e il rafforzamento del ruolo di tali attori vada a garantire l'effettivo raggiungimento delle categorie di persone identificate quali beneficiari finali del progetto, ossia circa 120.000 tra donne e bambini affetti e/o esposti a HIV/AIDS in totale nei 3 paesi.

The project strategy is built upon the idea that such actors, adequately engaged and reinforced in their capacities, can manage to successfully reach the categories of people identified as final project beneficiaries, i.e. a total of about 120.000 women and children affected and/or exposed to HIV in the three target areas.

La consapevolezza dell'assoluta necessità di definire priorità e metodologia d'implementazione alla luce delle specificità dei vari contesti ha portato all'organizzazione, quale primo passo per una fruttuosa realizzazione dell'iniziativa, di un seminario di lancio finalizzato a riunire tutti i principali attori interessati dalle attività e permettere di definire punti salienti e priorità da perseguire. Nel mese di Maggio 2012, a Dar Es Salaam, i coordinatori locali ed internazionali di progetto, insieme a relativi partners ed autorità interessate, hanno identificato 18 elementi su cui concentrare gli sforzi trasformandoli nelle seguenti priorità, sulla base di un'esposizione chiara e definita

As soon as the project was launched, the involved staff and members of M&E Task Team felt the urgent necessity to set up and define the main priorities and the operational methodology fitting the peculiar characteristics of the different contexts. A launch seminar was hence organized with a view to share results of previously conducted analysis about existing policies and programmes with all involved actors and stakeholders. In May 2012, local and international project coordinators, the project partner organizations and authorities' representatives gathered in Dar Es Salaam in order to identify issues and elements worth of focusing attention upon. In the

delle principali politiche e delle strategie nazionali e distrettuali dei vari paesi in materia di prevenzione e trattamento del virus:

1. Miglioramento del sistema di raccolta e analisi di informazioni e dati, in particolare a livello di sistema sanitario locale (cliniche, dispensari e strutture sanitarie e livello di gestione locale, targets della strategia di decentramento dei servizi).
2. Promozione dell'adozione della Formula B plus, che comporta immediata messa in terapia ARV per le donne sieropositive, indipendentemente dallo stato del loro sistema immunitario.
3. Rafforzamento della partecipazione maschile nel quadro delle cure antenatali e di prevenzione della trasmissione dell'HIV.
4. Miglioramento e sostegno al ruolo dei Community Health Workers nelle attività di prevenzione e monitoraggio di aderenza al trattamento.
5. Sviluppo di un sistema finalizzato a garantire supporto continuato e servizi integrati di prevenzione della trasmissione dell'HIV a livello di comunità, clinica e ospedale.
6. Sviluppo di sistemi e metodi per garantire coinvolgimento e collaborazione della società civile e delle organizzazioni locali con autorità e personale sanitario.
7. Rafforzamento delle capacità e competenze tecniche attraverso training, condivisione di esperienze.
8. Miglioramento del livello di aderenza ai trattamenti antiretrovirali da parte dei pazienti affetti da HIV.

La definizione di tali punti chiave ha dunque permesso una successiva modulazione delle attività maggiormente rispondente ai bisogni specifici dei differenti contesti e condivisione delle metodologie comuni per il monitoraggio e la valutazione dei risultati raggiunti.

Nel mese di Maggio 2014, i principali attori coinvolti nel progetto si sono reincontrati in occasione del seminario di scambio organizzato a Pretoria, giungendo ad una prima analisi condivisa delle lezioni apprese e ad una prima bozza di linee guida in merito alla strategia di sostenibilità e chiusura del progetto.

light of a deep analysis of the different international, national and local PMTCT policies and strategies, 18 key points emerged and were translated in the following priority issues:

1. Improving data gathering and management, especially at bottom level of the health system (primary health care facility/clinic and local management level which are the target of decentralisation of health services).
2. Advocating adoption of the WHO Option B+, which prescribes immediate ARV drugs provision for women found to be HIV positive, regardless of their immune system status.
3. Addressing involvement of men in ANC and PMTCT.
4. Supporting involvement, skills and management of Community Health Workers/Expert client/Health Corps 'Volunteers' in the health system for HIV prevention, treatment and care.
5. Development of a continuum of care, integration of services to prevent mother to child transmission of HIV and referral linkages between clients, communities, clinics and hospitals.
6. Development of a proper system and related methods for improving collaboration between CSO's, health officials/workers and key stakeholders.
7. Enhancement of staff's technical expertise through training, mentoring, knowledge sharing (including quality improvement and services at facilities).
8. Improvement of adherence to treatment by HIV-positive pregnant women and mothers.

Project work plans and activities have thus been structured according to the priorities emerged and defined in this occasion, together with the main monitoring and evaluation tools to be used to assess project progress. In May 2014, the main project actors gathered again on the occasion of the Pretoria Exchange Seminar, which allowed a first analysis and exchange of lessons learned so far and the preliminary drafting of the project's Exit Strategy guidelines, aimed at ensuring the project's results sustainability.



Capitolo 2 – Le aree d'intervento del progetto Match.

Chapter 2 – The Match project's target areas.

Italiano

Il progetto MATCH, in virtù dei differenti contesti nazionali in cui è stato realizzato, è stato strutturato in modo tale da rispondere alle diverse realtà socio-culturali e alle relative sfide e opportunità presentatesi in fase di messa in opera.

Si segnala anche, a questo proposito, la scelta di operare in contesti e paesi con diversi indici di siero-prevalenza, passando da situazioni che presentano tassi fra i più alti al mondo (come il Sudafrica), ad altre dove l'HIV/AIDS si attesta su percentuali decisamente più basse (in particolare nelle aree del progetto in Tanzania). Per il progetto questa diversità ha rappresentato un valore aggiunto, permettendo di misurarsi con problematiche di natura diversa, per cercare risposte che sono nell'un caso e nell'altro decisive per vincere la sfida dell'accesso universale ai servizi di prevenzione, cura e trattamento dell'HIV.

English

In order to properly respond to the different targeted areas' peculiarities, the project was purposely structured providing tailored solutions; taking into account the socio-cultural context and its specific challenges and opportunities during the activities' implementation.

The remarkable difference in terms of HIV prevalence and transmission rates in the three target areas represents a further element adding value and relevance to the project. This diversity allowed to experience and witness to issues and possibilities of varied nature, seeking different answers to the common challenge represented by ensuring universal access to HIV prevention, care and treatment.



Giada Connestari
OR Tambo, Eastern Cape, South Africa

Solo in Africa infatti, sono alcuni milioni le persone HIV positive che vivono in paesi con bassi indici di siero prevalenza, ed è spesso in questi contesti che il gap verso l'accesso universale è più grande, e i diritti delle persone colpite dall'epidemia – e dei loro familiari – meno accolti e rispettati. Di seguito verrà fornita una sintetica descrizione dei contesti di riferimento e dei rispettivi sistemi sanitari in termini di PMTCT, per comprendere di conseguenza su quali livelli il progetto ha operato e a beneficio di quali categorie.

As proved by field research, people's health-related rights are in fact highly likely to be neglected and disregarded in contexts presenting low incidence rates. A synthesized description of the local contexts, focusing on their socio-economical situation and data on PMTCT will be hereby provided to better explain on what levels the project has operated and which categories it benefited.

2.1 Contesto Locale in Sudafrica

Local context in South Africa

L'area di riferimento del progetto in Sudafrica è il distretto di Or Tambo, nella provincia dell'Eastern Cape. La municipalità distrettuale rappresenta il partner istituzionale di progetto in Sudafrica. Il contesto locale specifico è rappresentato dal sub-distretto sanitario di Qaukeni: delle 20 cliniche totali presenti sul territorio, 13 sono state selezionate per essere direttamente coinvolte nel progetto.

L'identificazione delle strutture target è stata finalizzata contestualmente ai primi incontri con autorità locali, partner e stakeholders, permettendo di individuare le realtà maggiormente bisognose di supporto e al contempo maggiormente adeguate ad innescare dinamiche di continuità e replicazione dei risultati. Le 13 cliniche in oggetto sono localizzate nelle aree di riferimento delle due cittadine di Flagstaff e Lusikisiki, suddivise come segue:

The area targeted by the project in South Africa is the O.R. Tambo District, in the Eastern Cape Province. The district municipality represents the project's institutional partner in the Country. 13 health facilities and their catchment areas in Qaukeni Health Sub-district have been directly involved within the project as its specific area of intervention.

The definition of the clinics to be supported was finalized during the first meetings with local partners, authorities and relevant stakeholders, which facilitated the identification of the situations necessitating more support and at the same time more likely to trigger continuity and replication opportunities. The aforementioned 13 health clinics are situated around the towns of Lusikisiki and Flagstaff, subdivided as follows:



Cliniche in Flagstaff e Lusikisiki

Clinics in Flagstaff & Lusikisiki

Flagstaff

No. 1	Bhala Clinic
2	Flagstaff Clinic
3	Khanyayo Clinic
4	K.T.C. Clinic
5	Holly Cross Gateway C.
6	Nkoso Clinic
7	Xopozo Clinic

Lusikisiki

No. 8	Bodweni Clinic
9	Magwa Clinic
10	Malangeni Clinic
11	Mpoza Clinic
12	Qaukeni Clinic
13	Xhurana Clinic

La provincia dell'Eastern Cape è una delle più povere del paese, con una percentuale di popolazione che vive al di sotto della soglia di povertà pari al 70% circa.

The Eastern Cape province is one of the poorest in the Country, with about 70% of its population living in conditions of extreme poverty.

Il tasso d'incidenza e diffusione dell'HIV è conseguentemente particolarmente alto, nonostante il notevole declino rispetto ai primi anni '90: nel 2010, nel distretto di OR TAMBO interessava il 31,5% della popolazione; 28,4% nel 2012 (2012 National Antenatal Sero-Prevalence Survey). Nell'area specifica di intervento, il sistema poco sviluppato di raccolta dati e informazioni ha reso difficoltoso il rilevamento di stime adeguatamente affidabili, è tuttavia realistico considerare un tasso d'incidenza del virus tra donne incinte che si aggira tra il 21 e il 28% (dato 2011). Tali stime sono applicabili sia alle singole cliniche che al Sub-distretto nel suo complesso.

Il sub-distretto comprende 20 strutture sanitarie di base (cliniche) e 2 ospedali che servono un totale di circa 240.000 persone. Le direttive in termini di organizzazione dei servizi sanitari per madre e bambino, assieme alle politiche di decentramento relative ai servizi sanitari, fanno sì che i parti possano essere seguiti solo nelle strutture ospedaliere, mentre la routine di controllo antenatale e postnatale, trattamento e prevenzione dell'HIV e della trasmissione sono gestite a livello di clinica. Tali servizi sono pubblici e gratuitamente erogati dal sistema sanitario nazionale.

Il Sudafrica ha aderito all'UN Global Plan in precedenza menzionata e ha mostrato risultati notevoli e un miglioramento costante in termini di trattamento e prevenzione dell'HIV a livello nazionale, ciononostante, forti disparità permangono fra le differenti aree geografiche. L'area di progetto e l'esteso distretto di OR TAMBO figuravano tra le zone con peggiori performances in termini di servizi per prevenzione e trattamento HIV, erano state di conseguenza identificate quali aree prioritarie per l'iniziativa di miglioramento dei servizi sanitari dal Dipartimento Nazionale della Salute nel 2010.

The HIV incidence rate, besides a consistent decrease from the 1990s rates, is still dramatically high: in 2010, it affected about 31,5% of the population in OR TAMBO (2010 National Antenatal Sero-Prevalence Survey, SA Dept. of Health) and in 2012 was 28,4% (2012 National Antenatal Sero-Prevalence Survey). Despite the challenges posed by the data gathering and analysis system in Qaukeni Sub-district, the figures HIV prevalence among pregnant women were at least between 21-28% in the specific area of intervention. These figures reflect both targeted clinics and the whole Sub-district figures.

The sub district covers 20 health clinic facilities and two public hospitals. These facilities serve at least 240 000 people. Due to the national guidelines on health services' organization, and to the decentralisation policy for HIV services to be provided at primary health care clinics (initiated in 2010), the antenatal and postnatal care, together with HIV and PMTCT related services, are generally managed at clinic level, while assisted deliveries only take place in designated hospitals. All these services are provided by the national health system and cost-free for the public.

South Africa adhered to the previously mentioned UN Global Plan, achieving considerable results and progressive improvement in terms of HIV treatment and prevention services on a national level, even though wide imbalances persist in the different geographic areas (the project area and the wider OR Tambo District was one of the areas with the poorest performance on HIV services and especially on PMTCT and was designated as a national priority district and area for improvement of services by the SA National Department of Health in 2010).

Le nuove linee guida sulla PMTCT, approvate ed adottate nel 2013, affermano la centralità di tale tema enfatizzando l'importanza dell'integrazione del programma in un quadro più ampio di controllo e cura pre- e postnatale e di malattie sessualmente trasmissibili e tubercolosi. La necessità di maggiore coinvolgimento dei partner maschili è espressa assieme all'obiettivo di assicurare maggiore sostegno psico-sociale alle donne incinte affette e/o esposte all'HIV.

The new guidelines on PMTCT services, approved and adopted in 2013, stress the importance of integrating such specific services in a broader framework entailing antenatal and postnatal care and sexually transmittable diseases prevention and treatment. The introduction of Option B+ is formally prescribed and the need for a stronger involvement of male partners in their women's health care is explicitly expressed, together with more structured psychosocial support services for pregnant women affected by HIV.



Andrea Micheli
Eastern Cape, South Africa

Coerentemente con la strategia progettuale, è inoltre dato risalto al rafforzamento delle comunità per assicurare flusso continuo d'informazione ed educazione e maggiore ricorso ai servizi sanitari; l'introduzione del protocollo HCT (HIV counselling and testing) ha rappresentato un passo in avanti rispetto al precedente VCT in quanto la possibilità di sottoporsi a test e counseling per HIV è offerta dallo staff delle cliniche indistintamente a tutti i pazienti che si recano presso le strutture. Il sistema in tal modo sviluppato promuove il ricorso alla

Consistently in line with the project strategy, the guidelines promote and recognize efforts directed towards strengthening local communities and spreading information and awareness on HIV, clinic attendance, HIV counselling and testing (i.e. the HCT protocol, which is a provider initiated HIV Counselling and Testing protocol, is a relevant step forward from the previous VCT – Voluntary counselling and testing: every patient visiting a clinic is now invited to get tested and counselled for HIV.)

clinica per la prima visita prenatale entro le prime venti settimane di gravidanza. In tale occasione, test e counseling HIV sono offerti a tutte le pazienti. In caso di esito positivo, secondo le nuove linee guida relative all'opzione B+, si procede immediatamente al trattamento antiretrovirale. Nel 2013 la gestione dei medicinali è stata ulteriormente semplificata attraverso la distribuzione della pillola unica (FDC, Fixed Dose Combination). Al momento del parto, è prevista la somministrazione di Nevirapina, cui segue una visita di controllo e test del neonato e della madre dopo 6 giorni.

Il monitoraggio e il controllo dell'aderenza ai trattamenti (HIV, PMTCT, TB) è operato dal personale della clinica e dai CHWs, tenuti a contattare e visitare a domicilio i pazienti, se necessario, qualora essi non si presentino alle visite di controllo nei tempi stabiliti. La diffusa povertà, assieme a fattori geografici e al carente livello di informazione e conoscenza dei rischi derivanti dalla mancata o scorretta aderenza al trattamento, hanno purtroppo influito negativamente e ad oggi si stima che il 30% circa

The PMTCT protocol in South Africa promotes antenatal visits before 20 weeks of pregnancy; in this occasion, HCT is offered to every visiting woman. In case of positive result, as prescribed within the new Option B+ scheme, an antiretroviral drugs regime (fixed dose combination, FDC) will be immediately provided, regardless of CD4 values. New-borns are given Nevirapine for six weeks and the couple is closely monitored by clinic staff and CHWs. Who contact and visit patients for follow up even in their own homes, when necessary. Widespread poverty, strengthened by geographical obstacles and inadequate awareness about risks deriving from improper adherence to the treatment, have anyway negatively affected adherence rates, whose figures are worryingly increasing, hence introducing other risks such as drug resistance and reinfection. According to recent estimates, about 30% of total seropositive patients do not properly follow the prescribed treatment. The national health system and this project tried to address this issue through the Community Outreach Programme, whereby the clinic staff and specifically



del totale dei pazienti sieropositivi non aderisca correttamente alle relative indicazioni, introducendo dunque ulteriori rischi e problematiche legate allo sviluppo di resistenza ai farmaci e di reinfezione. Il sistema sanitario nazionale ha cercato di rispondere a tale problema attraverso il programma di Outreach comunitario, attraverso cui il personale della clinica, i CHWs formati e membri di organizzazioni comunitarie svolgono visite private e/o incontri pubblici partecipativi nelle comunità facenti capo alla struttura, e il progetto MATCH ha mirato a supportare strategicamente questo filone d'intervento. Enormi gap sono però presenti a livello di capacità e risorse a disposizione rendendo necessario un sistema di supporto mirato e specifico per le strutture più isolate.

All'interno delle comunità rurali e marginalizzate come quelle in esame, lo stigma nei confronti della malattia e delle persone da essa affette è ancora presente, nonostante notevoli miglioramenti su tale fronte siano stati riscontrati dallo staff delle cliniche e da membri stessi di tali comunità. Al contrario, violenza e abusi nei confronti di donne e ragazze sono ancora estremamente comuni e rafforzati da pratiche tradizionali e taboo. Conseguentemente, il carente livello d'istruzione, le scarse possibilità d'impiego e costumi locali relegano le donne ai margini della società.

Il contesto sudafricano presenta, in conclusione, un quadro avanzato in termini di politiche, strategie operative e linee guida, presupponendo alto livello di decentramento dei servizi e centralità del paziente. Ciò si scontra tuttavia con forti disparità geografiche, in cui la popolazione delle aree più povere incontra notevoli ostacoli all'accesso alle cure che il sistema sanitario non ha sufficienti risorse per rimuovere, rendendo necessario un supporto calcolato sulla base della specificità e delle necessità locali. Il processo di decentramento dei servizi, la scarsità di personale qualificato e l'elevata diffusione del virus hanno aggravato le sfide che il sistema sanitario e le comunità locali sono quotidianamente costretti ad affrontare.

trained and supported Community Health workers and Civil Society Organisation volunteers, conduct door to door visits and public dialogues in the clinics' catchment areas; nonetheless, the insufficient resources allocated in terms of funding and capacities made it necessary to develop a system and provide focused support to the most rural and isolated facilities.

Within rural and marginalized communities as the targeted ones, stigma towards HIV-affected people is still highly present, even though clinic staff and community members have acknowledged remarkable improvements. Violence and abuse against girls and women are anyway still common and strengthened by traditional practices and taboos, which add to the low education level and the lack of employment opportunities, thereby confining women at the margins of society.

As a conclusion, the South African context shows an advanced framework of policies, strategies and guidelines to address PMTCT, reinforced by a process intended to facilitate services' decentralization and a full patient-centred approach. These are systematically challenged by large geographical imbalances, which limit populations of rural areas in their possibilities to access health care services and which the health system is unable to address while decentralisation of services, shortage of skilled health staff and the high burden of disease has set huge challenges to the health system and to patients and communities.

2.2 Contesto locale in Tanzania

Local context in Tanzania

In Tanzania l'area d'intervento del progetto è rappresentata dai distretti di Kondoa e Chemba, nella regione di Dodoma (in principio, i due distretti erano uniti, e la divisione ha richiesto una revisione del piano progettuale in funzione del coinvolgimento delle autorità della nuova area amministrativa). Le strutture coinvolte nell'iniziativa sono 18, ripartite come segue:

The area targeted by the project in Tanzania is represented by the two districts of Kondoa and Chemba, in the Dodoma region. Originally, the two areas were not separated; such division thereafter implied a revision of the operational plans in order to cover both areas and engage related representatives. The following 18 dispensaries have been covered and supported by the project:



Cliniche in Kondoa e Chemba Clinics in Kondoa & Chemba

Kondoa

No. 1	Haubi
2	Itaswi
3	Baura
4	Kiteo
5	Masawi
6	Kingale
7	Atta
8	Kisaki
9	Kikilo

Chemba

No. 10	Kinamshindo
11	Jogolo
12	Lalta
13	Lahoda
14	Chambalo
15	Kidoka
16	Tumbakose
17	Mwaikisabe
18	Farkwa



Elisha Thompson
Kondoa, Dodoma, Tanzania

I due distretti coprono circa 13200 kmq per una popolazione che si aggira sui 500.000 abitanti, prevalentemente dediti ad attività agricole di sussistenza nell'ambito di un contesto socio-economico rurale e marginalizzato. Il sistema sanitario locale è composto da un ospedale distrettuale, 7 centri sanitari e 66 dispensari, strutture comunitarie di base gestite da infermieri. I servizi connessi al trattamento antiretrovirale e prevenzione della trasmissione madre-figlio sono gestiti dai Centers for Care and Treatment, unità speciali che riferiscono direttamente ai Centri Sanitari.

Differentemente rispetto al caso Sudafricano, la Tanzania è caratterizzata da un tasso di prevalenza dell'HIV moderato – 5,7%, che nell'area target si riduce allo 0,3%.

La Tanzania ha aderito al Global Plan 2011 e alle linee guida WHO su PMTCT e Opzione A, riconoscendo la necessità di concentrare l'attenzione su tali problematiche e innalzare il livello di copertura di servizi PMTCT, attestatosi al 59% su scala nazionale nel 2010. Le ultime linee guida nazionali recentemente approvate hanno identificato

The two districts cover about 13200 s/km and count approximately 500.000 inhabitants. As a poor and rural area, people mostly rely on subsistence farming. The local health system includes one district hospital, 7 Health Centres and 66 dispensaries as rural, community based facilities managed by nursing staff. ART & PMTCT services are managed by the Centres for Treatment and Care, specific units referring to the Health Centres.

Differently from South Africa, Tanzania displays moderate HIV prevalence rates both on a national level - 5,7% - and on the local one – 0,7% in the project target area.

Tanzania adhered to the UN 2011 Global Plan and to the WHO guidelines on PMTCT, recognizing the need to promote awareness on this theme and extend quality and coverage of related health services: in 2010, only 59% of total health facilities would in fact be able to provide PMTCT treatment. Recently adopted national guidelines helped identifying areas and districts characterised by particularly high rates in terms of HIV incidence and diffusion, which will be covered by pilot initia-

aree e distretti caratterizzati da maggiore incidenza e diffusione del virus che saranno teatro di specifiche azioni pilota, cioè l'introduzione dell' Opzione B plus, che il progetto MATCH ha accompagnato ed assistito nel corso della sua azione. Il modello precedentemente in vigore prevedeva una prima visita alla 12a settimana di gravidanza, durante la quale test e counseling HIV erano offerti a tutte le pazienti. In caso di positività al test, si procedeva col conteggio CD4, e sulla base dei risultati, il paziente poteva essere avviato alla profilassi nell'ambito della stessa clinica o al trattamento previo riferimento presso il CTC, che gestisce anche il monitoraggio post parto della madre e del figlio,

Oltre l'adesione formale all'opzione B+, e coerentemente con la strategia progettuale, le nuove guidelines nazionali pongono l'accento su elementi quali promozione della decentralizzazione e integrazione dei servizi, adozione di una approccio centrato sul paziente e sulla sua famiglia, rafforzamento di CHW e CSO.

Nel quadro di tale sistema ancora fondamentalmente centralizzato, le maggiori debolezze riguardano il sistema di riferimento da clinica a CTC che acuisce le difficoltà nel monitoraggio e controllo dello status dei pazienti. La frequente carenza di strumenti sanitari, inclusi test HIV, e la scarsità di risorse umane come i CHWs, mal pagati e scarsamente motivate, rappresenta un ulteriore problema, cui la nuova strategia nazionale di PMTCT mira a rispondere.

Per quanto lo stigma nei confronti di malati di HIV sia ancora presente, le comunità appaiono progressivamente più coinvolte e impegnate nell'assicurare supporto alle vittime, e nettamente maggiore è il livello di partecipazione maschile in ciò che riguarda la sfera sanitaria familiare. Svariate associazioni comunitarie sono presenti nel territorio ma operano perlopiù a livello distrettuale e non locale, esse sono affiliate ad un'organizzazione- ombrello attualmente impegnata a ricevere riconoscimento formale e rafforzare la propria struttura; solo le associazioni a carattere religioso, tendono a operare anche nelle aree più isolate e remote, rappresentando dunque un interlocutore importante.

tives aimed at introducing the B+ option, due to be gradually extended to all Country. With the support of the MATCH project, the Option B+ has been piloted also in the Kondoa and Chemba district. Before project initiation, the PMTCT protocol in force in Chemba and Kondoa Districts foresaw a first visit at the 16th week of pregnancy, whereby HCT services were offered to every pregnant woman. In case of positive results, the patient was referred to the CTC for CD4 count and henceforth initiated to ARV prophylaxis by the clinic staff or to the treatment routine within the CTC.

The new national guidelines also focus on priorities as promoting decentralization and integration of health services, introducing a patient-centred approach and strengthening the role of civil society and community health care workers.

Patients' treatment, monitoring and control are still mostly managed by upper level Health Centres. In the framework of this centralized system, main weaknesses are represented by the referral procedures from clinics to health centres, posing difficulties in terms of patients' monitoring and control. The frequent drugs and health equipment stock-outs, the scarcity of human resources such as the Community Health Workers, poorly motivated and paid, represents another issue which the new national PMTCT strategy intends answering to.

Although stigma towards HIV- affected people is still present, communities appear more and more engaged and committed towards ensuring support to affected patients, and the male population is remarkably more involved in the family health sphere than in South Africa. Community-based organizations are widespread on the territory but operate mostly at a district level, many of them refer to an umbrella organization which is currently busy strengthening its structure. Religious groups and association, working even in the most isolated and rural areas, represent a relevant actor to be kept into account.

2.3 Contesto Locale in Repubblica Democratica del Congo

Local context in Democratic Republic of Congo

In virtù di precedenti iniziative di cooperazione avviate dalla Regione Toscana e da Oxfam Italia finalizzate a sostenere il processo di decentramento nella zona, il testo di progetto MATCH aveva inizialmente identificato la Provincia del Nord Kivu quale area operativa d'intervento e partner locale in Repubblica Democratica del Congo, area caratterizzata da una tragica storia di conflittualità civile e povertà diffusa. Il progressivo peggioramento della situazione politica locale e il susseguirsi di attacchi da parte di fazioni ribelli (in particolare del gruppo M23) hanno tuttavia impedito un'adeguata partecipazione delle autorità partner locali e, rendendo necessaria una revisione e rimodulazione dell'iniziativa, le cui attività avrebbero altrimenti incontrato continue difficoltà in fase d'implementazione. In seguito a numerosi incontri con le delegazioni UE in Sudafrica e in RDC, la proposta di modificare l'area d'intervento è stata avanzata ed accettata in quanto il contest del Nord Kivu appariva caratterizzato da altre priorità essenzialmente legate al presente contesto d'emergenza. Il nuovo contesto operativo è stato dunque identificato nel Febbraio 2013 nella regione del Kasai Occidentale, nella municipalità di Kananga, poi inserita quale partner di progetto, in virtù del contesto maggiormente stabile e sicuro che presenta e del partenariato consolidato con la Regione Toscana e Oxfam Italia.

Le autorità distrettuali, una volta introdotte e coinvolte nell'iniziativa, hanno assistito i partners nell'identificazione e definizione della zona specifica d'intervento, che comprende le seguenti 6 Zones de Santé, all'interno delle quali sono state individuate 30 Aires de Santé, che rappresentano il livello di decentramento più basso del sistema sanitario nazionale:

Due to previous commitment of the Region of Tuscany and the NGO Oxfam Italia in development and cooperation initiatives aimed at promoting and supporting decentralization processes in the area, the MATCH project initially identified the North Kivu Region as an appropriate area and partner institution for intervention. The region is nonetheless characterized by a story of continuous civil conflict and poverty, and the recent deterioration of the local political situation and reiterated rebel attacks (especially by armed group M23) hindered local partners' necessary involvement in the initiative. Such events clearly pointed out the need for an overall revision of the project in DRC, as a smooth and successful execution of project activities would have been impossible under such circumstances.

Following several meetings with the EU delegations in South Africa and DRC, it was accepted to opt for a different area of intervention since the North Kivu Region appeared characterised by other priorities centred upon the local emergency condition, which would have negatively affected cooperation of local authorities. In February 2013 the Kananga Municipality, in the Western Kasai Region, was identified as new operational context and institutional project partner, due to its safer environment and to the well-established partnership with the Tuscany Region and Oxfam Italia.

The district authorities, once introduced and engaged in the initiative, assisted the project staff in the identification and definition of the 30 target Health Areas within the following 6 Health Zones to be targeted, representing the bottom level in the national health system:



Sibilla Filippi / Oxfam Italia
Ville de Kananga, Kasai Occidental
RD Congo



Zones de Santé in Kananga District

Health Zones in Kananga District

Kananga D.

- No. 1 | ZS Ndesha
- 2 | ZS Katonka
- 3 | ZS Kananga

- No. 4 | ZS Bobozo
- 5 | ZS Lukonga
- 6 | ZS Tshikaji

Dati relativi al 2013 indicano un tasso di prevalenza HIV nella regione del Kasai Occidentale pari al 5,3.

Il contesto è caratterizzato da generalizzata inadeguatezza dei servizi sanitari offerti e grave scarsità di risorse e strumenti, HIV test e farmaci in primis. Il Paese ha aderito all'UN global Plan del 2011 e alle guidelines del WHO, sviluppando un Programma Nazionale di lotta all'HIV-AIDS e un protocollo per la prevenzione della trasmissione madre-figlio; ciononostante, le risorse dedicate a tali settori risultano estremamente limitate sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo, insufficienti a rispondere adeguatamente alle necessità locali. Ciò è stato confermato dalle stesse autorità locali secondo cui, nel 2012, solo il 12% dei pazienti eleggibili aveva accesso a trattamento antiretrovirale; il 2,5% delle donne incinte eleggibili risultava seguire cure PTME e solo l'11% del totale di strutture sanitarie di base offriva servizi adeguati in materia di PMTCT nel paese, gran parte dei quali in realtà provenienti da canali di cooperazione e donatori internazionali. Nell'area di Kananga le uniche strutture offerenti servizi PMTCT si trovano prevalentemente in contesti urbani e semi-urbani; il progetto, mirante a supportare realtà rurali, ha dunque interessato aree caratterizzate da assenza totale di servizi per HIV. Da notare che in Kasai Occidentale il governo provinciale non prende in carico finanziariamente la lotta all'HIV-AIDS, e quindi questa viene portata avanti quasi esclusivamente dalle ONG internazionali e locali.

Data la complessità del contesto in questione, la debolezza delle istituzioni locali in tema di PMTCT e l'ancora scarso livello di decentramento dei relativi servizi, in RDC le attività progettuali hanno riguardato principalmente il rafforzamento delle competenze del personale sanitario in tema di HIV e PMTCT, azioni di advocacy verso le istituzioni politico-amministrative provinciali e la diffusione di informazione a livello comunitario, iniziative che rispondono in modo diretto alle priorità enunciate nel Piano Nazionale precedentemente menzionato e all'ancora scarso livello di informazione ed educazione sui temi dell'HIV.

Data from 2013 show a HIV prevalence rate in the Western Kasai Region equal to 5,3%. The quality and coverage of public health care services is extremely poor, and scarcity of medical instruments and drugs hinders their effectiveness. The country adhered to the 2011 UN Global Plan on PMTCT and to the WHO guidelines, developing on such basis a national plan for HIV-AIDS eradication and a PMTCT protocol; the resources allocated are nonetheless generally inadequate to respond to this challenge. This was recognized by the local health authorities, through the publication of official statistics which showed worrying trends: in 2012, only 12% of eligible pregnant women were on ARV treatment and only 2,5% were initiated onto the PMTCT routine and only 11% of the total health care facilities would offer structured PMTCT services in the country, most of them thanks to the assistance of NGO's and international donors.

In the Kananga area, the structures actively providing PMTCT services are mostly situated in the urban and peri-urban setting; consequently, the focus on rural areas of the MATCH project led to interventions in areas almost completely lacking in HIV-related services. As the provincial government in Western Kasai is not financially sustaining the fight against HIV, this is almost exclusively led by international and local NGOS.

Due to the context's complexity, the local institutions' weakness in terms of PMTCT and the difficult decentralization process, in Democratic Republic of Congo the MATCH project activities were basically centered upon strengthening local health staff skills and raising awareness and education within rural communities on PMTCT and HIV, initiatives coherently in line with the National Plan's main priorities and identified challenges.



Capitolo 3 – Garantire raggiungimento ed efficacia dei risultati: Il monitoring and evaluation plan del progetto Match.

Chapter 3 – Ensuring results' achievement and effectiveness: The monitoring and evaluation plan of the Match Project.

Italiano

L'importanza delle tematiche affrontate dal progetto, delle risorse ad esso destinate e la complessità del coordinamento e della governance dell'iniziativa in tutti i suoi differenti aspetti ha reso necessaria la definizione di un dettagliato piano di monitoraggio e valutazione per facilitare la direzione e il controllo delle varie attività sui differenti livelli e permettere in seguito di capitalizzare le lezioni apprese creando un modello condiviso per lo scale up dell'iniziativa.

Esso è stato ideato e finalizzato da un Monitoring and Evaluation Task Team appositamente costituito, che ha predisposto anche strumenti e procedure standard, utilizzabili quindi nei tre differenti contesti nazionali e capaci di fornire dati e informazioni facilmente comparabili.

English

The complexity of the project themes and structure, alongside with the willingness to set up an effective and participatory system for a proper project's governance drove the definition of a detailed Monitoring and Evaluation Plan able to facilitate direction and control over the activities' realization and allow documentation and sharing of lessons learned and results' scaling up after their conclusion.

The M&E Plan was drafted and finalised by a Monitoring & Evaluation Task Team purposely established, which also set up relevant tools, instruments and procedures suitable for utilization in the three different intervention areas and for gathering comparable data and information.

Il piano prevede nello specifico:

1. Il monitoraggio periodico dell'effettiva realizzazione delle attività previste da parte dello staff interno di progetto.
2. Un processo di valutazione continuativo, attraverso due missioni di valutazione – una ad interim e una finale – condotte da un esperto esterno.
3. Un monitoraggio periodico della qualità e dell'appropriatezza dei servizi sanitari forniti da parte delle cliniche supportate dal progetto, realizzato con l'attiva partecipazione dello staff delle cliniche.

Il suddetto M&E Plan è strutturato in 3 sezioni, che definiscono nel dettaglio le procedure di monitoraggio interno ed esterno, gli attori coinvolti e gli strumenti a tal scopo delineati. Le procedure di monitoraggio interno mirano a verificare l'effettiva realizzazione delle attività previste a partire da quanto atteso da documento di progetto e dal workplan trimestrale definito dagli attori preposti al coordinamento dell'iniziativa nelle differenti aree d'intervento.

Ogni tre mesi, un report di monitoraggio, il cui format prestabilito mira a facilitarne utilizzo e compilazione, è stato compilato sulla base del suddetto workplan operativo.

Procedure e strumenti ad hoc sono stati addizionalmente sviluppati in relazione alla componente di valutazione esterna, inclusa nella strategia di monitoraggio e valutazione per supportare il Task Team nella conduzione di tali processi. Un consulente esterno è stato appositamente scelto e incaricato di tale operazione e delle relative due missioni attraverso l'emanazione un bando specifico. I due report di missione forniscono importanti spunti e analisi delle dinamiche, dei trends, delle opportunità e sfide emerse nel corso della realizzazione delle attività, elementi necessari per la massimizzazione dell'impatto e della sostenibilità dell'iniziativa.

The plan foresees in particular:

1. Periodical monitoring of activities' realization by internal project staff.
2. An interim and a final evaluation process, operated by an external expert through two evaluation missions.
3. Periodical monitoring of supported healthcare facilities' services quality, to be realized with the active participation of clinic nurses and CHWs.

The M&E plan is structured into three sections, which illustrate in detail the internal and external monitoring procedures, the involved actors and the tools developed for this purpose. The internal monitoring procedures aim at verifying the successful achievement of activities and related results as foreseen in the project document and in the quarterly work plans drafted periodically by the staff in charge in the three target areas.

A quarterly monitoring report is consequently realized following a pre-established format intended to facilitate the assessment tasks.

Specific Procedures and tools have been further defined in relation to the external evaluation component, included in the M&E section in order to support the Task Team in assessing the project advancement, its management quality and overall impact. An expert consultant was selected by means of an ad hoc procedure and charged to conduct two field missions – an intermediate and a final one – whose reports illustrate trends, opportunities and challenges progressively emerged, analysing the initiative's impact in the different operational contexts and the medium and long term sustainability perspectives of the proposed model.

Il monitoraggio della qualità e del livello di copertura dei servizi sanitari erogati dalle strutture sostenute è realizzato a scadenza semestrale dallo staff di progetto e da esperti di monitoraggio col coinvolgimento attivo dello staff delle cliniche.

Monitoring of quality and coverage of health care services in the supported facilities is realized on a six months basis by nursing staff and CHWs, assisted by project staff and monitoring experts.

Dati e informazioni specifiche riguardo alla qualità e alla copertura dei servizi di PMTCT forniti in seno alle strutture sanitarie target dell'iniziativa sono reperiti e analizzati attraverso l'utilizzo di griglie di valutazione (M&E grids) appositamente definite. Esse mirano a facilitare il calcolo di 10 indicatori relativi (vedi tabella in fondo al presente capitolo) alle performances delle varie strutture sanitarie in tre macro aree relative ai servizi di PMTCT: cura e accompagnamento della madre, cura e accompagnamento del bambino, coinvolgimento dei partner maschili. I dati necessari alla definizione di tali indici sono stati reperiti esclusivamente da registri e report periodici delle cliniche coinvolte.

In virtù delle maggiori difficoltà presentate dal contesto operativo e dei limiti che le locali strutture sanitarie di base e il relativo staff presentano, per la Repubblica Democratica del Congo è stato delineato un sistema di raccolta e monitoraggio dei dati delle strutture parzialmente differente, fondato su indicatori meno complessi.

Gli indicatori in tal modo strutturati a livello di singolo Paese nel corso dei 42 mesi hanno rappresentato uno strumento essenziale per analizzare l'andamento di diversi fenomeni oggetto d'interesse, quali ad esempio il livello di utilizzo delle cure prenatali delle donne incinta, il numero delle donne incinta sieropositive (tasso di prevalenza), il numero di donne incinta sieropositive che ricevono farmaci anti-retrovirali, il numero dei nuovi nati che accedono alla PMTCT nel corso dei 3 anni di realizzazione del progetto.

Data and information on PMTCT services quality and coverage is collected and periodically analysed through a grid including 10 indicators purposely developed (See Table following this Chapter), revolving around 3 main areas: Mothers' care and follow-up, children's care and follow-up, male partners' involvement. The necessary data for the indicators' definition (nominators and denominators) have been exclusively obtained from clinic facilities' registries and periodical reports that the staff is charged to fill in.

Due to the challenges posed by the local context and the limits faced by healthcare facilities and their staff in DRC, a special data collection and analysis system was developed, focusing on simpler indexes and indicators.

The results provided by the aggregated data over the 42 months' project duration represent the founding ground for the final assessment of the trends and improvements triggered by the initiative under different aspects: ante-natal care attendance and coverage rates, HIV testing and prevalence rates among pregnant women, access and adherence to ARV drugs and treatment for seropositive women; the level of access to PMTCT services' rates by newborns in the project's timeframe.

Quanto emerso attraverso la sistematizzazione di tali dati ha permesso di valutare l'impatto del progetto su tali aspetti a partire dalla baseline definita nel 2011, di effettuare una comparazione tra i differenti contesti nazionali, ponendo le basi per l'identificazione di best practices e lessons learned da scambiare e condividere identificando elementi positivi su cui far leva, assieme alle criticità da affrontare e gestire.

Il passaggio dall'Option A all'Option B+ , avvenuto sia in Tanzania che in Sudafrica nel 2014, ha talvolta complicato il computo dei dati. L'Option B+ si è confermata tuttavia come protocollo più valido, che consente una più semplice ed efficiente gestione ed accompagnamento della coppia madre-bambino in tutte le fasi del percorso PMTCT.

A baseline survey was conducted in the first months of 2011 in the two countries; its data represent the parameter for a coherent comparison both with the actual situation and between the two countries, helping identifying good practices and lessons learned to exchange and share, together with challenges to be faced and opportunities to be chased.

The transition from Option A to Option B+, which took place both in South Africa and Tanzania towards the end of 2013, has frequently complicated data assessment and calculation. Option B+ proved anyway to be a more valuable and effective protocol, allowing simpler management and follow-up of the mother-child couple over the different PMTCT's process phases.



Griglia degli indicatori per il Monitoraggio e la Valutazione della copertura e della qualità dei servizi integrati di PMTCT

Grid of indicators for Monitoring and Evaluation of the coverage and quality of comprehensive PMTCT services

Struttura Sanitaria / Health Unit:

Anno / Year:

Cura e accompagnamento della madre

Mother's follow up and care

Indicatore 1 / Indicator 1

Accesso a visita e cure prenatali / Ante Natal Consultation (ANC) attendance

Numeratore / Numerator :

Numero di donne che si recano alla prima visita prenatale /
Number of pregnant women attending 1st ANC.

Sem. 1

Sem. 2

Total / Totale

Denominatore / Denominator:

Numero stimato di gravidanze nell'area di servizio della
struttura sanitaria / Estimated number of pregnancies in
the service area of the health facility.

Valore dell' indicatore / Value of the indicator (%)

Fonte / Source

Indicatore 1a / Indicator 1a

Accesso a visita e cure prenatali entro 14 settimane di gravidanza
ANC attendance within 14 weeks of pregnancy(ANC) attendance

Numeratore / Numerator :

Numero di donne che si recano alla prima visita prenatale entro 14
settimane di gravidanza / Number of women who attended 1st ANC
within 14 weeks of pregnancy.

Sem. 1

Sem. 2

Total / Totale

Denominatore / Denominator:

Numero di donne che si recano alla prima visita prenatale
Number of pregnant women attending 1st ANC

Valore dell' indicatore / Value of the indicator (%)

Fonte / Source

Indicatore 1b / Indicator 1b

Accesso a visita e cure prenatali entro 20 settimane di gravidanza
ANC attendance within 20 weeks of pregnancy (ANC) attendance

	Sem. 1	Sem. 2	Total / Totale
Numeratore / Numerator : Numero di donne che si recano alla prima visita prenatale entro 20 settimane di gravidanza / Number of women who attended 1st ANC within 20 weeks of pregnancy.			
Denominatore / Denominator: Numero di donne che si recano alla prima visita prenatale Number of pregnant women attending 1st ANC			
Valore dell' indicatore / Value of the indicator (%)			
Fonte / Source			

Indicatore 2 / Indicator 2
Copertura test HIV per donne incinte
VCT coverage

	Sem. 1	Sem. 2	Total / Totale
Numeratore / Numerator : Numero di donne incinte sottoposte a test HIV Number of pregnant women tested for HIV			
Denominatore / Denominator: Numero di donne che si recano alla prima visita prenatale Number of pregnant women attending 1st ANC			
Valore dell' indicatore / Value of the indicator (%)			
Fonte / Source			

Indicatore 3 / Indicator 3
Prevalenza HIV tra donne incinte
HIV Incidence

	Sem. 1	Sem. 2	Total / Totale
Numeratore / Numerator : Numero di donne incinte affette da HIV Number of HIV + pregnant women			
Denominatore / Denominator: Numero di donne incinte sottoposte a test HIV Number of pregnant women tested for HIV			
Valore dell' indicatore / Value of the indicator (%)			
Fonte / Source			

Indicatore 3a / Indicator 3a Copertura Test CD4 CD4 Test coverage			
	Sem. 1	Sem. 2	Total / Totale
Numeratore / Numerator : Numero di donne sieropositive sottoposte a test CD4 Number of HIV+ women tested for CD4			
Denominatore / Denominator: Numero di donne incinte sieropositive che si recano alla prima visita prenatale (incluse donne sieropositive già note ma non in terapia) Number of pregnant women HIV + attending 1st ANC (including pregnant women previously known as HIV+ not in ART)			
Valore dell' indicatore / Value of the indicator (%)			
Fonte / Source			
Indicatore 4 / Indicator 4 Copertura Profilassi Antiretrovirale ARV prophylaxis coverage			
	Sem. 1	Sem. 2	Total / Totale
Numeratore / Numerator : Numero di donne incinte sieropositive iniziate alla profilassi Antiretrovirale / Number of HIV+ pregnant women getting access to ARV prophylaxis.			
Denominatore / Denominator: Numero di donne incinte sieropositive eleggibili per profilassi anti-retrovirale / Number of HIV+ women eligible for ARV prophylaxis.			
Valore dell' indicatore / Value of the indicator (%)			
Fonte / Source			

Indicatore 5 / Indicator 5
Copertura Trattamento Antiretrovirale
ART coverage

	Sem. 1	Sem. 2	Total / Totale
Numeratore / Numerator : Numero di donne incinte sieropositive sottoposte a terapia antiretrovirale / Number of HIV+ pregnant women enrolled in ART.			
Denominatore / Denominator: Numero di donne incinta sieropositive eleggibili per trattamento antiretrovirale / Number of HIV+ women eligible for ART.			
Valore dell' indicatore / Value of the indicator (%)			
Fonte / Source			

Cura e accompagnamento del bambino

Child's follow up and care

Indicatore 6 / Indicator 6
Copertura Profilassi Antiretrovirale (NVP)
ARV prophylaxis coverage (NVR)

	Sem. 1	Sem. 2	Total / Totale
Numeratore / Numerator : Numero di bambini nati da madri sieropositive che accedono a profilassi di Nevirapina entro 72 ore dalla / Number of children born from HIV+ mothers getting access to NVR prophylaxis within 72 hours from birth.			
Denominatore / Denominator: Numero di bambini nati da madri sieropositive Number of children born from HIV+ mothers.			
Valore dell' indicatore / Value of the indicator (%)			
Fonte / Source			

Indicatore 6a / Indicator 6a
Copertura Profilassi Antiretrovirale (NVP- 3TC – AZT)
 ARV prophylaxis coverage (CTX – AZT)

	Sem. 1	Sem. 2	Total / Totale
Numeratore / Numerator : Numero di bambini nati da madri sieropositive che accedono a profilassi antiretrovirale dopo la nascita / Number of children born from HIV+ mothers getting access to ARV prophylaxis 72 hours after birth.			
Denominatore / Denominator: Numero di bambini nati da madri sieropositive Number of children born from HIV+ mothers			
Valore dell' indicatore / Value of the indicator (%)			
Fonte / Source			

Indicatore 7 / Indicator 7
Accesso alla diagnosi immediata
 Early diagnosis access

	Sem. 1	Sem. 2	Total / Totale
Numeratore / Numerator : Numero di bambini nati da madri sieropositive che accedono a procedure di diagnosi immediata dell'HIV (PCR) / Number of children born from HIV+ mothers getting access to an early HIV infection diagnosis (PCR)			
Denominatore / Denominator: Numero di bambini nati da madri sieropositive Number of children born from HIV+ mothers			
Valore dell' indicatore / Value of the indicator (%)			
Fonte / Source			

Indicatore 8 / Indicator 8
Copertura Terapia Antiretrovirale
 ART coverage

	Sem. 1	Sem. 2	Total / Totale
Numeratore / Numerator : Numero di neonati iscritti in Terapia Antiretrovirale Number of new born children enrolled in ART			
Denominatore / Denominator: Numero di neonati risultati sieropositivi in seguito a test PCR Number of new born children resulted HIV+ at PCR			
Valore dell' indicatore / Value of the indicator (%)			
Fonte / Source			

Coinvolgimento dei partner Partners involvement

Indicatore 9 / Indicator 9
Accompagnamento partner alle cure prenatali
 Partners attendance to ANC

	Sem. 1	Sem. 2	Total / Totale
Numeratore / Numerator : Numero di uomini che accompagnano la propria partner alla prima visita prenatale / Number of partners attending ANC			
Denominatore / Denominator: Numero di donne che si recano alla prima visita antenatale Number of pregnant women attending 1st ANC			
Valore dell' indicatore / Value of the indicator (%)			
Fonte / Source			

Indicatore 10 / Indicator 10
Ricorso a Test e counseling HIV fra partners maschili
Partners VCT coverage

	Sem. 1	Sem. 2	Total / Totale
Numeratore / Numerator : Numero di partners sottoposti a test HIV Number of partners tested for HIV			
Denominatore / Denominator: Numero di donne incinte sottoposte a test HIV Number of pregnant women tested for HIV			
Valore dell' indicatore / Value of the indicator (%)			
Fonte / Source			



Giada Connestari
OR Tambo, Eastern Cape
South Africa

Capitolo 4 – Risultati raggiunti nelle aree di intervento.

Chapter 4 – Results achieved in the project target areas.

Italiano

Il monitoraggio periodico della performance dei servizi è stato condotto su un campione di 4 cliniche rurali nel sub-distretto di Qaukeni, in Sud Africa, e su tutti i 18 dispensari nei distretti di Kondoa e Chemba, in Tanzania.

Questa scelta è stata determinata in parte dalla necessità di contare su un numero assoluto di utenti comparabile fra i due paesi – i “dispensaries” in Tanzania ne hanno mediamente molti di meno -, ma soprattutto dalla presenza di un tasso di sieroprevalenza molto ridotto nei distretti di Chamba e Kondoa che rendeva difficile costruire statistiche attendibili con numeri troppo bassi.

English

Periodical monitoring of healthcare facilities’ performance and services’ quality was conducted upon a sample of 4 rural health clinics in South Africa and all of the 18 targeted dispensaries in Chemba and Kondoa areas, in Tanzania.

The choice to use such samples stemmed both from the need to work on a comparable patients’ absolute number value – dispensaries in Tanzania have a lower average patients’ population than South African clinics – and because of the presence of a quite low HIV positivity rate in the Tanzanian target districts (Chemba and Kondoa), whose low values would make it hard to gather reliable statistics.

La selezione delle 4 cliniche campione in Sud Africa è stata fatta tenendo conto dei seguenti criteri:

1. Posizione della struttura (distanza dai centri urbani limitrofi).
2. Estensione dell'area di servizio.
3. Popolazione indicativa servita dalla struttura.
4. Distanza media della popolazione dalla struttura sanitaria.
5. Distanza della struttura sanitaria da ospedali e altre strutture mediche.

Sono state prese in considerazione, come utenti dei servizi, le donne incinte attese presso ogni struttura sanitaria nell'anno solare, calcolando il rapporto fra indice di natalità (birth rate) e popolazione generale: poco sotto 2000 nelle 4 Rural Clinics di Qaukeni, poco sopra 3000 nei 18 dispensaries dei distretti di Chemba e Kondoa.

L'analisi comparativa degli indicatori ha offerto indicazioni ed informazioni estremamente utili sui progressi realizzati in termini di qualità e copertura dei servizi PMTCT, nel quadro dei rispettivi programmi nazionali.

The selection of the 4 sample clinics in South Africa was operated keeping the following criteria into consideration:

1. Structure's location.
2. Service area's extension.
3. Indicative population in the structure's catchment area.
4. Average population's distance to the facility.
5. Distance between facility and local hospitals and higher-level health structures.

Expected Pregnancies at each clinic on a yearly basis have been considered as healthcare services' base users, hence calculating the ratio as birth rate/total population. The results showed slightly less than 2000 women in the 4 Qaukeni clinics and slightly more than 3000 in the 18 dispensaries of Kondoa and Chemba, in Tanzania.

The compared analysis of indicators has offered precious indications and information on the advancements achieved in terms of quality and coverage of PMTCT services, in the framework of the relevant national programmes.



L'analisi è stata condotta nell'arco temporale 2011-2014, considerando i dati del primo anno come base-line, e tenendo conto delle 3 sezioni delle Monitoring and Evaluation Grids indicate nel precedente capitolo: 1. Cura e accompagnamento della madre; 2. Cura e accompagnamento del bambino; 3. Coinvolgimento del partner.

The analysis covers the period January 2011- December 2014, it considers 2011 data as a baseline and takes into account the three M&E grids sections as illustrated in the previous chapter: 1. Mother's care and follow-up; 2. Children's care and follow-up; 3. Partners' involvement.

Tale analisi ha anche consentito di mettere a fuoco con precisione gli elementi di criticità e i gaps che ancora persistono, e su cui si dovranno concentrare specifiche iniziative nel futuro, sia dal versante del settore pubblico che della società civile.

Come indicato nei precedenti capitoli, il contesto locale e le problematiche emerse in Repubblica Democratica del Congo hanno richiesto lo sviluppo e l'adozione di un sistema di monitoraggio e valutazione differente da quello adoperato in Sudafrica e Tanzania, maggiormente focalizzato sul livello di realizzazione efficace delle attività progettuali, quale presupposto per futuri miglioramenti sostanziali degli indici correlati all'epidemia di HIV (vedi box in questo capitolo).

This analysis also facilitated the identification of key challenges and gaps, which still persist and require focused future initiatives, both from a public and a civil society's perspective.

As indicated in previous chapters, the local contexts and issues emerged in the Democratic republic of Congo demanded development and adoption of a monitoring and evaluation system different from the one applied in South Africa and Tanzania, specifically focused on project's activities achievement, as prerequisite for future improvement in PMTCT-related indicators (see box in this chapter).

4.1 Cura e accompagnamento della madre con riferimento alla PMTCT

Mother's care follow-up with reference to the PMTCT programme

Copertura dell'Assistenza Prenatale Ante Natal Consultation (ANC) attendance

Tanto in Tanzania che in Sudafrica il numero delle donne incinte che effettuano almeno la **prima visita pre-natale** è mediamente alto, attestandosi in entrambi i casi al termine del progetto, intorno al 100%. Un elemento comune ai due paesi è la tendenza delle utenti a scegliere le strutture sanitarie più vicine al luogo di residenza, o che godono della loro fiducia.

Questo è confermato dall'analisi dei dati disaggregati, che dimostrano che alcune *rural clinics* in Sudafrica e alcuni *dispensaries* in Tanzania, presentano un numero di gravidanze attese superiore a quello stimato mentre altri centri sanitari assistono al fenomeno inverso. Questo elemento deve essere preso in seria considerazione dai distretti sanitari coinvolti, ed è stato loro segnalato come stimolo per formulare politiche di organizzazione dei servizi più "client-oriented", che vengano incontro ai bisogni e ai problemi delle madri, evitando che si crei un sovraccarico di lavoro in alcuni anelli del sistema.

Both in South Africa and Tanzania the number of pregnant women turning to health facilities for their first antenatal visit is substantially high, set around 100% in both Countries at the project's end.

A feature shared by both situations is the tendency for women to choose healthcare facilities on the basis of trust in the health staff and the distance from their communities. This is confirmed by analysis of disaggregated data, which show how some rural clinics in South Africa and dispensaries in Tanzania experience a number of pregnancies higher than the expected one, while some other clinics experience the opposite phenomenon. This element is to be taken into account by involved health districts, and was duly flagged as a potential trigger for improving and making services' organization policies more patient-oriented, properly responding to mothers' needs and problems, avoiding work overloading in particular facilities.

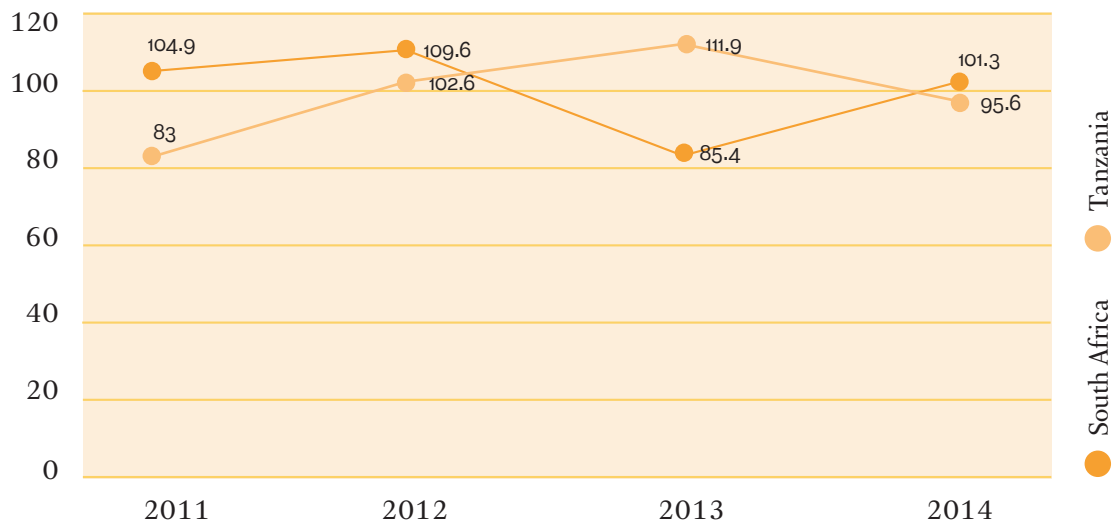


Fig. 1: Accesso a 1a visita pre-natale / Ante Natal Consultation (ANC) attendance

Età gestazionale della prima visita

Early Antenatal consultation attendance

Resta relativamente basso il numero di donne che si presentano alla prima visita pre-natale nelle prime settimane di gravidanza, ma con una significativa tendenza ad aumento in Sudafrica nell'arco del progetto: dal 27 al 39,9%. Questo indice è stato modificato nel 2014 tanto in Tanzania, (dalle 16 alle 12 settimane) quanto in Sudafrica (dalle 20 alle 16). Si valuta che l'introduzione di questo importante cambiamento nell'ultimo anno del progetto sia parzialmente responsabile dell'insoddisfacente risultato in Tanzania, dove è visibile una significativa caduta da un 47% di visite precoci nel 2013 ad un 27% nel 2014, anno in cui avviene la transizione verso il nuovo limite delle 12 settimane. Ancora troppo presto, peraltro, perché si possano considerare effettive le nuove iniziative informative e di sensibilizzazione realizzate nell'ultimo anno per spiegare il senso e l'importanza di questo cambiamento.

The number of women who seek health care assistance within the first 20 pregnancy weeks is still relatively low, even though remarkable improvement trends have been detected over the project implementation period in South Africa (from 27% to 39,9%). It is noteworthy to signal that both in South Africa and Tanzania the indicator was modified in 2014: the time limits for early antenatal care attendance were anticipated to 12 and 16 weeks, further reducing the static data. The Tanzanian case was particularly affected by the new 12-weeks parameter, falling by 47 to 27% in 2014. Information, education and awareness-raising initiatives have been intensively put in place to explain the reasons and rationale for such modification, even though tangible results will reasonably only be visible in the next future.

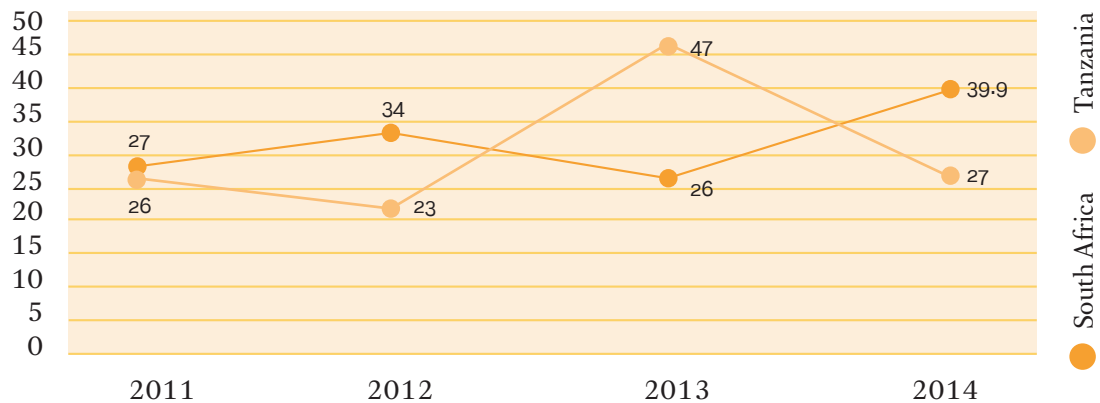


Figure 2: Accesso alla 1° visita pre-natale entro le 20 (SA) e le 16 settimane
Early Ante-natal consultation attendance

Copertura HIV test e counselling

Antenatal Consultation HIV test coverage

Con le nuove linee guida relative all' HIV Test and Counselling (HTC), che hanno sostituito il precedente approccio di Voluntary Testing and Counselling (VCT), in Sudafrica si prevede che la totalità delle donne incinte che accedono ai servizi pre-natali siano sottoposte a test, con l'unica eccezione di quante sono già a conoscenza del loro stato – e sono già conosciute nei registri delle Rural Clinics. Il rilevamento di questo indicatore risulta dunque superfluo per il Sud Africa (non è più neppure presente, come indicatore, nelle statistiche del sub-distretto dal 2012).

Per quanto riguarda invece la Tanzania si assiste ad un trend decisamente positivo tra il 2011 ed il 2013, con aumento vicino al 15%. Nel 2014 questo trend si interrompe per una rottura degli stocks dei test HIV verificatasi in alcuni dispensari, nel primo semestre, per un problema di rifornimento e distribuzione determinatosi a livello nazionale.

The new HIV counselling and testing guidelines, (HCT), which modified the previous protocol known as Voluntary Counselling and Testing (VCT) in South Africa, prescribe that each and every woman accessing ante-natal care has to undergo HIV counselling and testing, excepting the ones who prove to be already aware of their status and filed in rural clinics registers. Measuring such indicator was indeed considered superfluous.

As for the Tanzanian case, a decisively positive growing trend touching 15% was experienced between 2011 ad 2013. In 2014, a downfall in such indicator, mainly due to HIV test stock outs in some dispensaries, was registered and associated to nation-wide problems in drugs and health equipment provision and distribution.

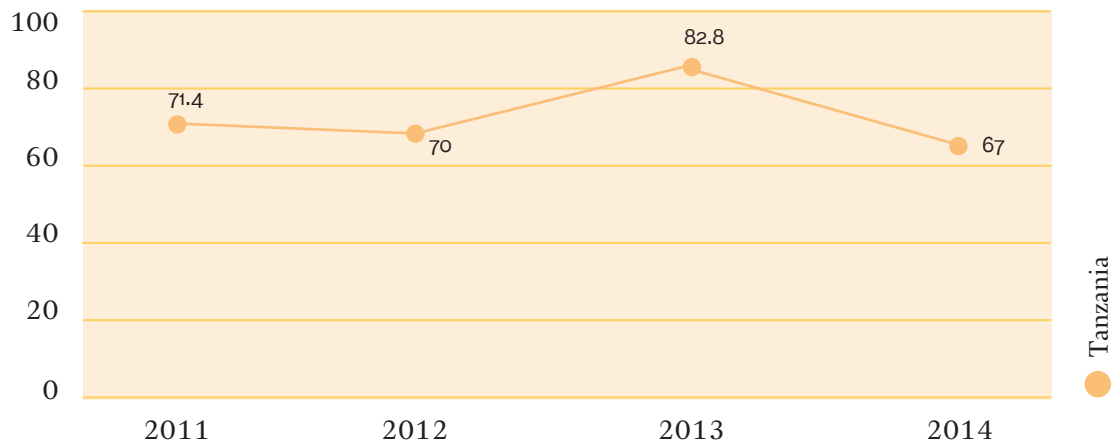


Fig 3: Percentuale di donne sottoposte a test e counseling HIV in occasione della prima visita prenatale
Antenatal care HIV test coverage



Rossana Marra / Oxfam Italia
OR Tambo, Eastern Cape, South Africa

Indice di sieroprevalenza HIV prevalence

L'indice di sieroprevalenza mostra con grande evidenza l'enorme gap fra i due contesti. Da segnalare il fatto positivo che sia in Sud Africa come in Tanzania, esso è comunque diminuito in modo significativo, passando nel primo caso dal 21% al 15,9%, nel secondo dallo 0,8% allo 0,4%.

Questo dato eccellente è sicuramente correlabile alle campagne di sensibilizzazione e prevenzione promosse nelle scuole, sia al grande lavoro di informazione ed educazione condotto nelle comunità dai Community Health Workers e dai Peer Educators.

The HIV prevalence indexes clearly show the remarkable differences and the totally different problem's dimension in the two reference contexts. A positive trend has been registered over the 4 years in both countries, in South Africa passing from 21 to 15,9%, in Tanzania from 0,8 to 0,4%.

This excellent performance can surely be associated both to the awareness-raising and prevention campaigns promoted within local schools, and to the relevant information and education job operated by CHWs and Peer educators.

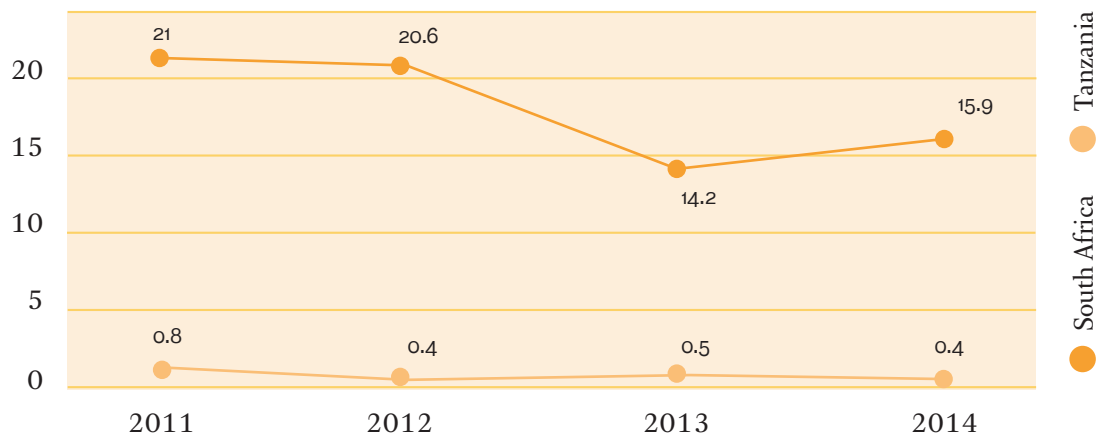


Fig 4: Percentuale donne risultate positive al test HIV
HIV prevalence rate among tested women

Copertura della Profilassi ARV

ARV prophylaxis coverage

Tanto in Sudafrica come in Tanzania la profilassi ARV secondo il protocollo WHO Option A è stata in vigore fino al 2013, accompagnando i primi due anni del progetto MATCH. A partire dal 2014 – come riportato nel cap.3 – è stata adottata la Option B+, che prevede l'immediato inserimento della madre nei programmi ART (Anti-Retroviral Treatment). E' possibile dunque fare una valutazione dell'andamento di questo servizio, nei due paesi, per il triennio 2011-2013, e compararlo con il 2014. Si tratta per quanto riguarda il Sud Africa – nel periodo 2011-2013 - di un trend stabile di miglioramento, ma ancora relativamente distante dall'obiettivo dell'accesso universale, che risulta invece più a portata di mano dei distretti di Kondoa e Chemba, i quali tuttavia risentono nel 2013 di una flessione significativa rispetto al 2011.

In un caso come nell'altro, questi limiti nella performance del servizio ARV riflettono la complessità di applicazione dell'Option A. Il passaggio all'Option B+ cambia completamente il quadro, portando l'indice di accesso sopra il 90% per quanto riguarda il Sud Africa (con un incremento del 20% rispetto all'anno precedente), e al 100% in Tanzania.

Both in South Africa and Tanzania the ARV prophylaxis has been administered according to the WHO Option A protocol until 2013. Option B+, as mentioned in the previous chapter, was formally introduced by 2014, foreseeing immediate provision of ARV drugs to HIV positive mothers regardless of their CD4 values. Given the different protocols followed, it will be hereby provided a comparison of this indicator's performance between the 2011-2013 period and 2014.

South Africa showed, in the 2011-2013 timeframe, a steadily improving trend, still far from the universal access target though. Kondoa and Chemba are closer to meeting this target, but even there, a consistent decrease was experienced from 2011 to 2013. In both cases, the challenges related to Option A application are easily noticeable. The introduction and adoption of Option B+ has in fact represented a relevant step forward in ARV coverage, which reached 100% in Tanzania and 90% in South Africa (a 20% net increase from the previous year's statistics).

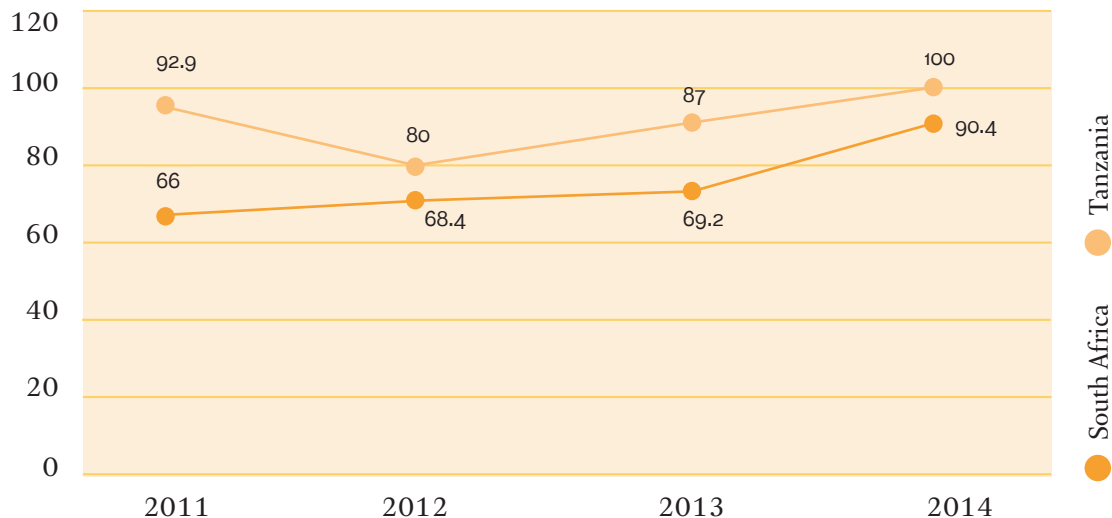


Fig 5: Percentuale di donne HIV positive sottoposte a profilassi ARV
ARV prophylaxis coverage

Copertura Trattamento ARV ART coverage

Il trattamento Anti-retrovirale (ART) è quello fra i servizi sostenuti dal progetto che centra – o si avvicina a centrare – il target dell’Accesso Universale, e gli obiettivi dell’UN Global Plan 2011.

Al di là delle percentuali, i numeri sono impressionanti, soprattutto per quanto riguarda il Sudafrica: complessivamente 293 donne HIV positive sono entrate nei servizi e nei programmi di cura, trattamento e follow up gestito dalle 4 Rural Clinic con il supporto della rete dei CHW durante il progetto. A Kondoa e Chemba i numeri sono diversi, ma non meno importanti: 24 donne in terapia ARV, donne che non sono più abbandonate, con i loro bambini e con le loro famiglie, ad un destino di sofferenza e di morte. Un destino terribile, che è lo stesso nei contesti ad alta, media, bassa sieroprevalenza.

Among the different PMTCT healthcare services supported by the project, the ART coverage is the closest one to the Universal Access target and to the UN Global Plan Objectives.

Besides percentages, even absolute values show impressive improvement, especially in South African target areas: a total of 293 HIV positive women have been introduced to care, treatment and follow-up programmes managed within the 4 sample clinics during the project’s third year, also thanks to the precious CHWs’ support. In Kondoa and Chemba districts, numbers appear different but rates are similarly impressive: 24 women have been placed under ART treatment during the project timeframe, and in 2014 coverage reached 100%. These values have an extraordinary meaning for local HIV positive women: they’re in fact no longer abandoned to a tragic destiny with their families, a destiny which appears quite similar in contexts with high and lower prevalence rates.

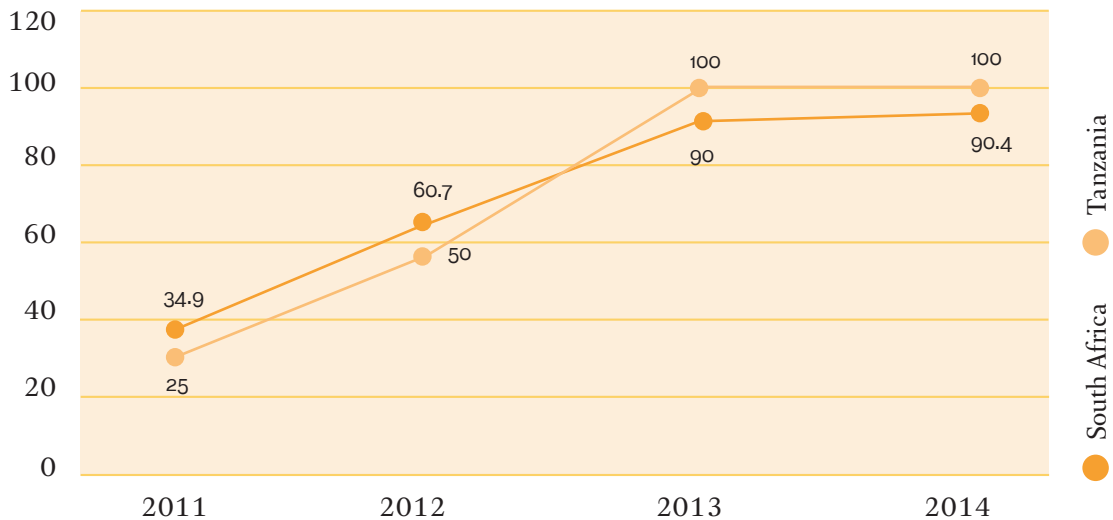


Fig 6: Percentuale di donne HIV+ iniziate a trattamento antiretrovirale
ARV treatment coverage

4.2 Cura e follow up del bambino con riferimento alla PMTCT

Child's follow-up and care with reference to the PMTCT programme

La parte della PMTCT relativa alla cura e al follow-up del bambino si compone di 3 aspetti chiave: la profilassi ARV, per prevenire la trasmissione madre-figlio attraverso la somministrazione di specifici farmaci nel periodo post-natale; la diagnosi precoce, per identificare i bambini sieropositivi; il trattamento ART, per mettere subito in terapia i bambini risultati effettivamente sieropositivi.

La componente relativa a cura e accompagnamento del bambino era quella che, secondo i dati della baseline tracciata nel 2011, presentava maggiori carenze e difficoltà: i notevoli passi avanti compiuti negli ultimi 3 anni, anche con il contributo del progetto, risultano per questo motivo particolarmente significativi.

The PMTCT sphere related to children's care and follow-up is characterized by three main elements: ARV prophylaxis, to prevent mother-to-child transmission through provision of specific after-birth drugs; early diagnosis, to identify HIV-positive children; ART, to immediately assign therapy to HIV-positive children.

The baseline data, as gathered in 2011, had shown how children's care and follow-up sections were particularly lacking and needing focused support: the considerable improvements achieved in the 3-years' project timeframe are thus particularly significant.

Copertura Profilassi ARV ARV prophylaxis coverage

Per analizzare il trend della profilassi rivolta al bambino si è deciso di utilizzare come indicatore la somministrazione del farmaco AZT, presente sia nella Option A che nella Option B+.

Il trend 2011-2014 mostra un progresso importante sia in Sudafrica che in Tanzania, con un aumento di copertura tra il 35 ed il 50%.

In order to analyse trends related to children access to ARV prophylaxis, the Monitoring and Evaluation Plan identified as relevant indicator the AZT drug coverage, foreseen both within Option A and Option B+ protocols.

Remarkable progress was observed in this field both in South Africa and in Tanzania, with an average growth ranging between 35 and 50%.

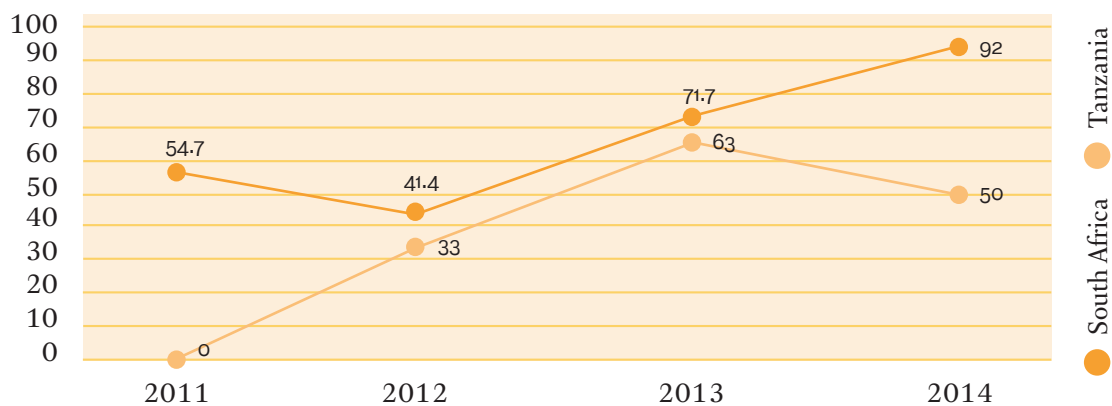


Fig 7: Percentuale di neonati da madre HIV+ che hanno usufruito della profilassi ARV
Children ARV prophylaxis coverage

Accesso alla Diagnosi precoce
Early diagnosis coverage

I miglioramenti sono decisamente notevoli anche per quanto riguarda la diagnosi precoce, una delle criticità più importanti in Tanzania, dove i primi 3 anni registrano un drammatico 0% di accesso. Il 60% registrato dell'ultimo anno dimostra come i principali problemi legati all'assenza di questo servizio siano stati in gran parte superati. In Sudafrica il trend di crescita è altrettanto considerevole, anche se più difficile da misurare con precisione: nel 2013, ad esempio, un ampio numero di bambini malnutriti o in cattive condizione di salute, persi negli anni precedenti alla diagnosi precoce, sono stati infatti sottoposti al test da parte del personale sanitario: questo spiega la presenza di un indicatore superiore 100%, dimostrando peraltro un trend costante di crescita su valori molto alti.

Access to early diagnosis instruments revealed equally remarkable improvement especially in Tanzania, where access was registered to be equal to zero up until 2013. The 60% access rate registered for 2014 shows anyway how most problems connected to these services have been overcome. South Africa experienced remarkable growth trends as well, even if its extent is harder to measure. In 2013, for example, clinic health staff tested a high number of ill-health and malnourished children previously lost to early diagnosis, hence explaining indicators higher than 100%.

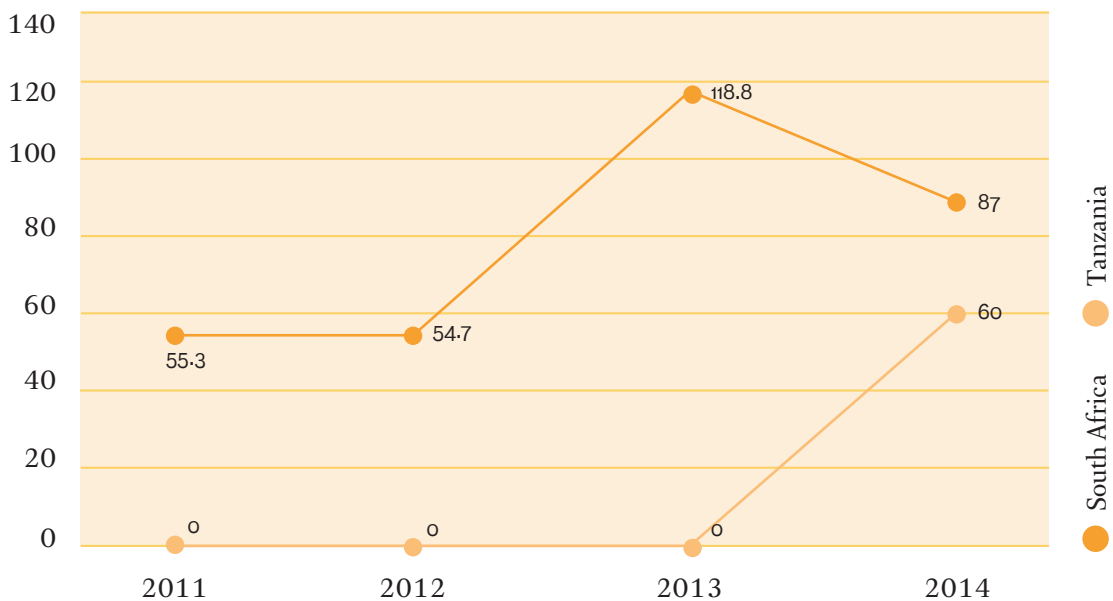


Fig 8: Percentuale di neonati da madre HIV+ che hanno usufruito del servizio di diagnosi precoce
Children's early diagnosis coverage

Copertura Trattamento ARV

ART coverage

L'accesso al trattamento ARV (ART) per i bambini è uno dei nodi critici segnalati in quasi tutti i paesi africani impegnati nella realizzazione dell'UN Global Plan 2011-2015. Per questo i passi avanti realizzati fra il 2011 ed il 2014 nelle aree del progetto MATCH sono particolarmente confortanti.

Nel caso del Sudafrica, l'aumento percentuale si è attestato su valori del 70%, assumendo come dato finale di riferimento quello del 2013. Nel 2014, infatti, sono stati erroneamente conteggiati parte dei bambini sottoposti a diagnosi precoce negli ultimi mesi del 2013 (vedi sopra). I bambini messi in terapia dall'inizio del progetto – ed inseriti nel programma di cura e follow up gestito dalle clinic e dai CHW – sono in tutto 34.

Nei distretti di Chemba e Kondoia, in Tanzania, il servizio pediatrico ART è attivo solo nell'ultimo anno del progetto, il 2014. E' un solo bambino, il primo ad entrare in terapia: un segno formidabile di speranza per il futuro.

Access to ARV treatment (ART) for children is one of the most problematic issues experienced by African countries committed to achieving the UN global plan's objectives. The progress experienced during the project timeframe in its target areas is thus particularly relevant.

In the South African case, the average growth reached values equal to 70%, assuming 2013 reference data: 2014 statistics appear in fact unreliable as they consider a number of children subjected to testing during last months of 2013 (see above). A total of 40 children result having been included in the therapy and follow-up programme since project's beginning.

In the Tanzanian target areas, the paediatric ART service has only been running from beginning of 2014, the last project's year. So far, only one child has been put on therapy, nurturing hope for a better future.

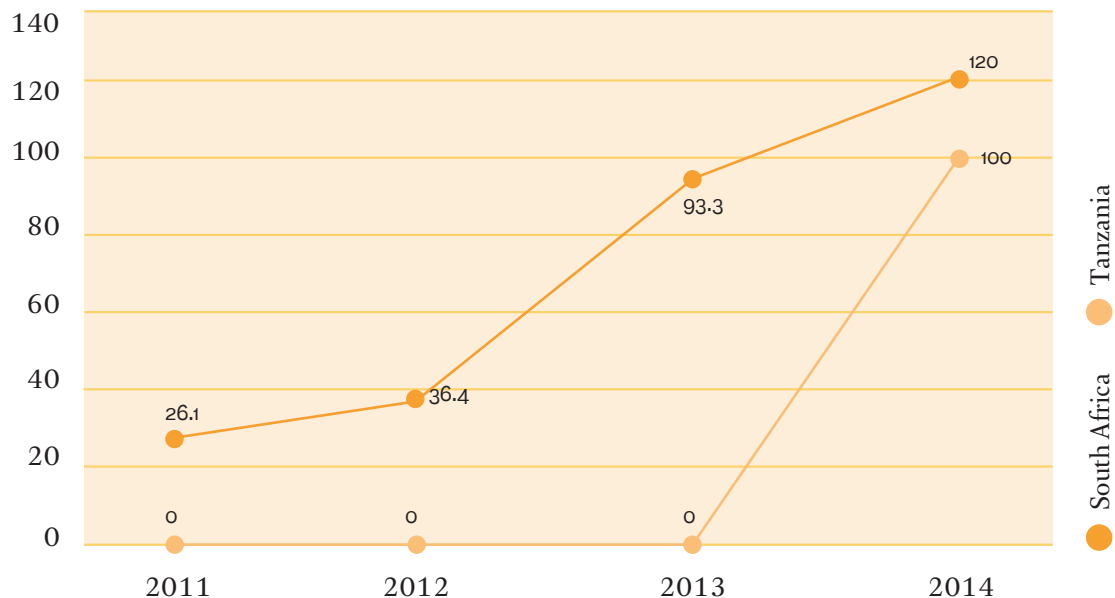


Fig 9: Percentuale di neonati HIV+ inseriti nei programmi di trattamento ARV
Children in the ART coverage programme



Elisha Thompson
Kondoa. Dodoma. Tanzania

4.3 Coinvolgimento dei partners

Partners involvement

Le donne sono quasi sempre sole, in Africa, nell'affrontare la gravidanza, la maternità, la cura del bambino. Questa solitudine diventa ancora più difficile da sopportare se durante la visita pre-natale viene loro rivelato di essere HIV positive, e devono iniziare il percorso complesso e difficile della PMTCT.

Il coinvolgimento dei partner maschili è dunque un aspetto chiave dell'approccio integrato alla PMTCT, cui s'ispira l'UN Global Plan 2011-2015; è perciò importante ricercare la corresponsabilizzazione del partner maschile non solo nel momento di sottoporsi al test HIV, ma fin dall'inizio del percorso: l'accompagnamento della futura madre alla prima visita pre-natale. Il progetto MATCH ha promosso molteplici e ripetute iniziative di sensibilizzazione in tale ambito; sfortunatamente, i notevoli risultati ottenuti in Tanzania non sono stati accompagnati da esiti comparabili in territorio Sudafricano.

In the African continent, everything related to pregnancy, maternity and children's care is generally faced exclusively by women. This burden gets even heavier if in occasion of their ante-natal care visits they get to find out they are HIV positive and have to start the complex PMTCT path.

Male partners' involvement is hence a key aspect within the integrated approach to PMTCT promoted by the UN Global Plan 2011-2015; their participation and awareness has to be fostered in the different steps of this path, from the first antenatal visit to the HIV testing.

The MATCH project acknowledged the relevance of this theme foreseeing and promoting several initiatives to face this challenge; unfortunately, the appreciable results experienced in the Tanzanian contexts have not been matched by a similar success in South Africa.

Nel sub-distretto di Qaukeni non sono visibili purtroppo scostamenti rilevanti dai dati di partenza tracciati nel 2011, sia per quanto riguarda l'indicatore numero 9 "Accompagnamento Visita Pre-Natale", che per il numero 10 "Condivisione HIV Test". Il motivo è fondamentalmente legato all'ancora forte peso e radicamento di costumi e pratiche tradizionali tra le comunità rurali beneficiarie: accompagnare la propria donna alla clinica, per la visita pre-natale o per qualsiasi altra ragione, è percepito quale atto di debolezza, di sottomissione. L'unico modo per aggirare questo ostacolo è stato individuato nel raggiungimento della coppia nella propria casa: questo aiuta a spiegare i migliori risultati di condivisione del test HIV realizzati durante le attività di "Outreach" (vedi cap. 5 Lezioni apprese).

Nel contesto tanzaniano il peso della cultura tradizionale ha avuto un diverso impatto, e l'impegno del governo a promuovere la corresponsabilizzazione dei partner maschili è decisamente sostenuto da programmi più incisivi, che hanno preceduto l'avvio

In the Qaukeni Sub-district no significant divergence from baseline data has in fact been achieved during the three project years, with reference to both indicators nr. 9 –Partners Attendance to Antenatal Consultation– and nr. 10 – Partners VCT coverage.

Reasons for such failure are to be traced to the heavy influence and rooting of traditional beliefs and practices within the targeted rural communities, which assign precise and different positions and tasks to men and women: accompanying their spouse or partner to the clinic is conceived by men as a weakness and submissive act, something absolutely extraneous to men's role. The only fruitful strategy to bypass this strong obstacle was identified in the ward-based outreach programmes, which allow clinic staff and CHWs to reach couples in their homes, hence ensuring confidentiality and total privacy. This aspects helped understanding and explaining the good results achieved in terms of visits and HIV testing of men during outreach activities (see chapter 5).

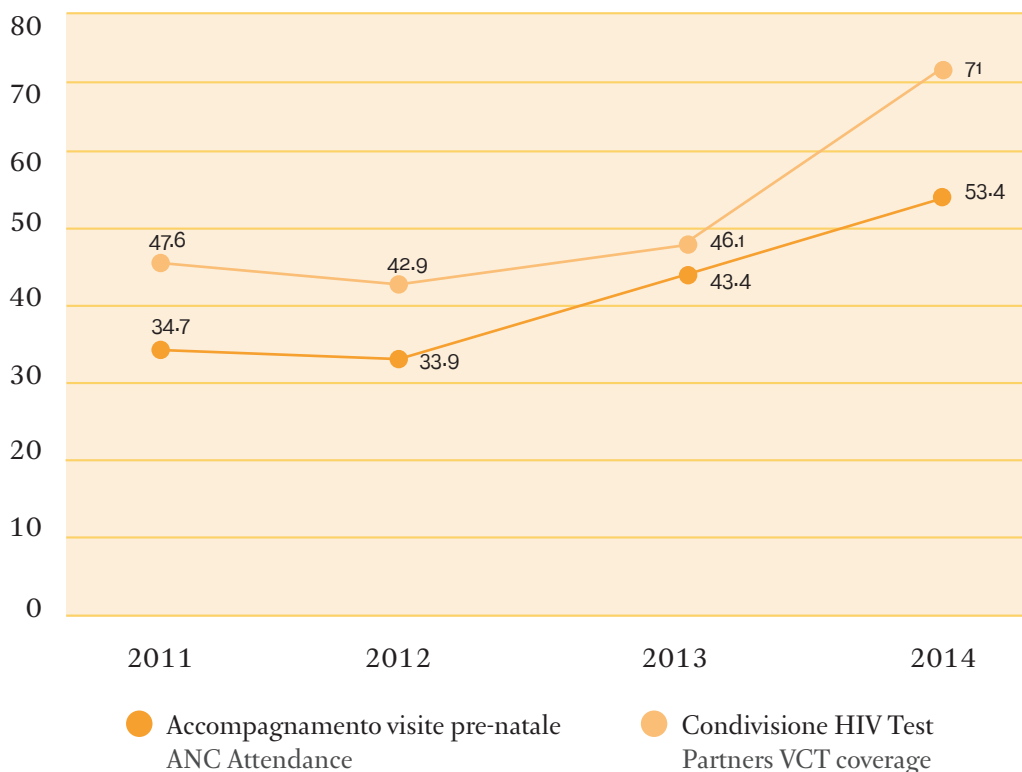


Fig 10: Trend relativi al coinvolgimento dei partners maschili in materia di PMTCT in Tanzania
Male Partners' involvement rates in Tanzania

del progetto. Grazie alle campagne di sensibilizzazione e al lavoro dei CHW il progetto MATCH ha prestato il suo contributo attivo ad una crescita significativa del coinvolgimento dei partner sia per quanto riguarda l'indicatore 9 Accompagnamento visita pre-natale, dove si è passati dal 34,7 al 53,4%, che per l'indicatore 10 Condivisione HIV Test, dove l'aumento è stato dal 47,6% al 71%.

Nel suo complesso, il sistema di monitoraggio periodico realizzato dal progetto presenta un quadro positivo di crescita della qualità e della copertura dei servizi, nei distretti di OR Tambo, Chemba e Kondo, con un avvicinamento progressivo ai target stabiliti dall'UN Global Plan 2011-2015, che in alcuni casi significativi vengono centrati. Il progetto MATCH ha contribuito in modo importante ai buoni risultati ottenuti dal sistema sanitario pubblico in questi specifici contesti, grazie in particolare all'efficacia delle iniziative promosse in alcuni settori strategici per il rafforzamento complessivo del sistema: lo sviluppo di capacità del personale sanitario e dei Community Health Workers, e la promozione di iniziative di sensibilizzazione e mobilitazione delle comunità locali. Le lezioni apprese nella realizzazione di tali attività, che sono descritte in dettaglio nel capitolo 5, permettono oggi di promuoverne l'estensione e la replicabilità non solo nei paesi coinvolti dal progetto, ma in tutti i contesti che presentano condizioni analoghe.

On the contrary, the traditional cultural influence in Tanzania had a different impact and didn't prevent men from according increased participation and engagement, also thanks to the government's commitment on this issue through wider programmes and initiatives. Thanks to the promotion of focused awareness-raising campaigns, and to the CHWs' work, the MATCH project was able to trigger a significant improvement in the aforementioned indicators: Men's attendance to health clinics during ANC went from 34,7 to 53,4%, while the percentage of men accepting to get tested and counselled grew from 47,6 to 71%.

The overall results displayed by the monitoring and evaluation framework indicate consistent improvements in the services' quality and coverage in the project target areas, hence progressively approaching targets set up by the UN Global Plan 2011-2015, which in some significant aspects have been successfully matched. The project strongly contributed to the remarkable progress achieved by the public health system, thanks to the effectiveness of a number of initiatives in strategic sectors: the development of health care staff and CHWs' capacities, the promotion of awareness and mobilization of rural communities. The lessons learned through these activities' implementation, as described in the fifth chapter, represent a useful reference to expand and replicate such experiences not only in the target countries but in all contexts displaying

Risultati raggiunti nell'area della Ville de Kananga, Repubblica Democratica del Congo.

Results achieved in the Ville de Kananga area, Democratic Republic of Congo.

I risultati ottenuti attraverso le attività realizzate nell'area della Ville de Kananga meritano un paragrafo a parte, per la specificità del contesto che ha imposto un approccio diverso rispetto a Sudafrica e Tanzania, come spiegato nei capitoli precedenti. I risultati raggiunti, in base a questo diverso approccio di valutazione, possono essere sintetizzati nel modo che segue:

The results produced through the activities which have been put in place in the Ville de Kananga Area require to be illustrated and detailed in a distinct paragraph due to the peculiarity of the local context of the target area as explained in the previous chapters. Following this different evaluation approach, the achieved results can be summarized in the following way:

Sviluppo delle capacità e dell'impegno delle istituzioni locali Capacity building and engagement of local political institutions

Governo Provinciale Provincial government

86 membri dell'assemblea provinciale e 60 manager del governo provinciale del Kasai Occidentale sono stati coinvolti in seminari di informazione e sensibilizzazione sull'HIV e la PMTCT.

Si è in questo modo risposto al problema – identificato come prioritario – del debole coinvolgimento del governo provinciale nella lotta all'HIV, nonostante l'assunzione di impegni formali anche budgetari. Il processo di formazione è stato accompagnato da attività di advocacy che hanno posto le basi per un coordinamento su scala locale, prima inesistente, tra Governo Provinciale e i due programmi chiave di lotta all'HIV/AIDS promossi dal governo della RDC: PNMLS (Programma Nazionale Multisetoriale Di Lotta all'HIV, guidato direttamente dall'ufficio del Presidente della RDC) e il PNL (Programma Nazionale Di Lotta all'HIV, sotto l'egida del Ministro della Sanità).

86 members of the Western Kasai Provincial Assembly and 60 provincial government's managers have been trained through information and awareness sessions revolving around HIV and PMTCT issues. A very key problem was identified moreover as a priority, that is the weak engagement of the provincial government in the fight against HIV, despite the assumption of formal financial commitments. Therefore the training process represented the first step in a continuative advocacy work aimed at activating the Provincial assembly and the Governor Office (which almost exclusively manages budget allocation) together with other bodies and actors in charge of combating the virus' spread in the Country and completely ignored by local government's representatives for a long time, as the PNMLS (National Multisectoral Programme to fight HIV, managed by the RDC President) and the PNL (National Programme to fight HIV, guided by the Health Ministry).

Amministrazione decentrata

Local decentralized entities

62 capi tradizionali e membri dell'amministrazione decentrata del territorio hanno beneficiato di formazione sul tema dell'HIV e della PMTCT, grazie anche al forte impegno della municipalità della città di Kananga, partner del progetto, che ha dato un grande contributo su questo terreno attraverso il coinvolgimento diretto del Sindaco della città, figura impegnata anche personalmente nella lotta all'HIV.

62 representatives of local decentralized entities (traditional chiefs and officials) benefited from training courses on HIV and PMTCT issues, thanks to the strong engagement of the main project institutional Partner, the Ville de Kananga Mayor, already involved in managing an HIV test center.

Formazione tecnico-sanitaria su temi PMTCT- HIV/AIDS

Technical Capacity Building on HIV and PMTCT themes

169 persone tra operatori sanitari delle cliniche rurali, manager del sistema sanitario locale e membri dell'associazione di persone che vivono con l'HIV hanno ricevuto formazione tecnica sui temi dell'HIV/AIDS e della PMTCT, con l'appoggio del PNMLS, del PNLIS, di UCOP+ (Union Congolaise des Organisations des personnes vivant avec le VIH), che sono diventati partner operativi strategici del progetto. La formazione ha dovuto fare i conti con un livello di conoscenza molto base, in partenza, che ha richiesto una azione di alfabetizzazione di base sui temi proposti.

169 people from the health care facilities's staff, local health system officials and members of an association of people living with HIV. According to preliminary evaluations, the technical competences of the staff resulted to be very weak, sometimes bordering superstition. A basic HIV literacy program was hence deemed necessary; this was conducted in cooperation with the PNMLS, PNLIS and UCOP+, which became strategic operational partners.

Sensibilizzazione e mobilitazione delle comunità

Awareness-raising Campaigns

174.000 persone sono state raggiunte da 2 campagne realizzate dal progetto e 30 "relais" comunitari sono stati formati per dare continuità alle iniziative di sensibilizzazione. La prima campagna si è avvalsa di un complesso di strumenti, alcuni più innovativi - performances teatrali e musicali appositamente predisposte, per raggiungere in particolare i più giovani; altri più classici, come sessioni di domande e risposte nelle piazze principali dei villaggi e trasmissioni radio. La seconda campagna di sensibilizzazione si è svolta utilizzando lo strumento del cine-forum. Il coinvolgimento diretto di persone HIV positive, grazie alla collaborazione con UCOP+, ne ha rafforzato l'impatto e l'efficacia. In occasione di questi eventi sono stati distribuiti migliaia di preservativi, grazie alla sinergia con UCOP+, i cui membri hanno svolto un ruolo chiave in quanto sensibilizzatori, tutti sieropositivi, con un grande impatto sull'immaginario collettivo riguardante i malati di HIV.

About 174.000 people were in total reached by two awareness and informative campaigns and 30 relais communautaires were trained to ensure support and information diffusion over the whole project timeframe.

During the first campaign, a group of actors designed specific theatre plays to be performed within local communities and a music band composed educational songs targeting youth during theatre and musical nights. More common tools and means were also utilized, as questions and answers sessions in villages' places and radio transmissions. The second awareness campaign was conducted through cinema plays and discussion. In occasion of such events, thousands of condoms were distributed thanks to the synergy with UCOP+, whose members played a crucial role as HIV-affected health educators in influencing both local people and the collective thought.



Giada Connestari
OR Tambo. Eastern Cape. South Africa

Capitolo 5 – Lezioni apprese.

Chapter 5 – Lessons learnt.

Italiano

La definizione e messa in opera delle diverse attività progettuali nelle tre aree coinvolte ha costantemente tenuto conto delle peculiarità, delle sfide e delle opportunità offerte dai differenti contesti operativi. L'approccio e la metodologia adoperati, in virtù del carattere partecipativo e fondato sulla valorizzazione e rafforzamento delle capacità locali, hanno consentito un continuo confronto con partners e stakeholders per incidere su elementi di maggiore criticità e porre le basi di una reale sostenibilità e replicabilità dei risultati.

English

The definition and realization of the different project activities in the three target areas has constantly taken in due consideration their respective peculiarities. The adopted approach and methodologies, thanks to their participatory nature valuing, building and enhancing local capacities, allowed a continuous exchange with partners and stakeholders to maximize the impact on crucial issues and set ground for the initiative future sustainability and replication.

Ciò ha permesso di identificare via via eventuali fattori di rischio, minimizzandone l'impatto sull'effettivo raggiungimento dei risultati, e trarre al contempo vantaggio da dinamiche ed elementi che, correttamente gestiti, hanno contribuito a generare esperienze particolarmente significative sulla base delle quali lanciare un processo di capitalizzazione e tali da rappresentare utile spunto per interventi ed iniziative affini. Il presente capitolo mira ad illustrare le più rilevanti fra tali esperienze evidenziando parallelismi e divergenze emersi nei diversi contesti d'intervento.

This approach also facilitated identification of possible risks, minimising their potential consequences; in the meanwhile, it allowed taking advantage of dynamics and factors able to generate particularly meaningful experiences, which in turn can provide clues for further interventions in health sector. The present chapter means to illustrate the most relevant among these experiences, enlightening both similarities and differences emerged in the three intervention areas.

5.1 Supporto alla governance locale e alla società civile

Support to local governance and civil society

I risultati di progetto hanno evidenziato l'importanza del coinvolgimento di autorità locali efficienti e di cittadini attivi per creare trasformazioni reali nelle performances del sistema sanitario.

I tre contesti d'intervento vivono al momento un processo di progressivo decentramento amministrativo volto ad assicurare la sussidiarietà verticale. Questo processo appare tuttavia ancora frammentato e debole in alcuni aspetti: il livello locale spesso manca delle capacità necessarie all'implementazione di politiche e linee guida nazionali e di efficaci collegamenti e relazioni inter-istituzionali. Allo stesso tempo la frequente sovrapposizione di responsabilità e lo scarso livello di know-how ed expertise tecnica del personale delle autorità locali hanno un impatto fortemente negativo nella qualità ed efficienza servizi che sono chiamate ad fornire.

Il progetto ha dunque operato su tre livelli. A livello nazionale, l'esistenza e coerenza delle politiche nazionali in tema di HIV e PMTCT, in linea con gli standards internazionali, insieme al dialogo costante con le istituzioni sanitarie nazionali hanno contribuito ad assicurare sostenibilità all'intervento.

Il rafforzamento delle capacità delle autorità locali e il loro coinvolgimento attivo in ogni fase progettuale hanno al contempo contribuito al miglioramento delle performances nell'esercizio delle loro funzioni. Infine, il coinvolgimento e l'attivazione della società civile, la mobilitazione e il lavoro condotto attraverso le campagne di sensibilizzazione hanno supportato lo sviluppo di comunità più attive e informate.

The project's results have highlighted the importance of the involvement of effective local authorities and active citizens to produce positive change in the health system's performances.

The three target countries have a fledgling decentralization process aiming to ensure vertical subsidiarity. Nevertheless, this decentralization process is still fragmented and not well-structured; The local level is in fact generally characterized by inadequate capacity to implement national policies and guidelines, lack of inter-institutional links or/and overlap of institutional responsibilities, as well as lack of technical know-how and technology.

The project has therefore operated on three levels. At national level, the existence and coherence of the national policies on HIV/AIDs and PMTCT, which are in line with the International standards, as well as the dialogue with the national Health Institutions, have contributed to secure the sustainability of the project activities.

At the same time, the effort of strengthening the capacity of the local authorities and their involvement in every phase of the project, contributed to improve their performances in exercising their competences on health services.

Finally, the activation of the civil society, the mobilization and the awareness campaign to the community has contributed to build responsive, sensitized and active communities.

In the case of **DRC**, where the local authorities don't deliver comprehensive PMTCT/HIV services, the component of activation and mobilization of the civil society has been further enhanced. The



Rossana Marra / Oxfam Italia
OR Tambo, Eastern Cape, South Africa

Nel caso della **Repubblica Democratica del Congo**, dove le autorità locali incontrano maggiori difficoltà nell'offrire servizi integrati e di qualità in termini di PMTCT, la componente di attivazione e mobilitazione della società civile è stata ulteriormente accennata. La consapevolezza delle sfide e dei problemi che affliggono il sistema sanitario locale, aggravati da cronica scarsità di medicinali e strumenti adeguati, ha spinto a creare e rafforzare relazioni e partenariati con altri attori e organizzazioni che lavorano in tale ambito per sostenersi reciprocamente, colmare vuoti e trovare soluzioni a problemi condivisi.

awareness of the challenges and problems affecting the local healthcare system, aggravated by chronic shortage of equipment and drugs, prompted creation of relationships and partnerships with other actors, donors and organizations working in the HIV's field in order to complement each other's work, cover gaps and find shared solutions.

5.2 Utilizzo del sistema informativo per monitoraggio e pianificazione dei servizi

Enhancement of information system utilization for healthcare services' monitoring and planning

Per quanto sistemi di pianificazione e monitoraggio, raccolta e analisi dati e informazione fossero operativi nelle tre diverse regioni d'intervento del progetto, il loro utilizzo, in particolare a livello locale – presso le singole strutture sanitarie di base – si presentava alquanto lacunoso e non sufficientemente strutturato. In particolare, la scarsa attenzione prestata al monitoraggio della performance della struttura per quanto riguarda la fornitura di servizi adeguati in termini di qualità e copertura, coniugata ad un'insufficiente pianificazione di breve e medio periodo, rendeva estremamente difficile un'analisi dei trends in materia di HIV-AIDS e PMTCT nelle aree rurali più isolate e marginalizzate e comportava una generale inadeguatezza della risposta del sistema sanitario ai bisogni della popolazione.

Il progetto ha posto fortemente l'accento sul ruolo fondamentale della raccolta e analisi dei dati e dei conseguenti indicatori, producendo in tal senso notevoli risultati. Nel corso dei tre anni le metodologie di raccolta e analisi dati sono state fatte proprie dal personale sanitario delle strutture coinvolte addetto attraverso formazione specifica e supporto continuativo, permettendo una più ampia comprensione della condizione socio-sanitaria locale e una risposta più strutturata alle relative necessità. Passi avanti considerevoli sono stati registrati in relazione alla capacità di raccolta e analisi dati dello staff nei differenti contesti operativi, grazie all'introduzione degli appositi strumenti di valutazione e monitoraggio e degli Integrated Registers, che includono tutti gli indicatori più importanti in termini di PMTCT, ART e ANC. Infermiere e Community Health Workers hanno ricevuto formazione specifica sull'utilizzo efficace di tali strumenti, permettendo un miglioramento della gestione e del controllo della coppia madre-figlio.

In **South Africa**, dato il maggiore tasso d'incidenza del virus e il numero di pazienti notevolmente maggiore da curare e seguire, accento particolare è stato posto inoltre sul miglioramento delle capacità e delle tecniche di pianificazione e gestione della struttura sanitaria, attraverso l'introduzione di una Balanced Scorecard in tutte le cliniche interessate dal

Although planning and monitoring systems, together with data gathering and analysis tools, were already present in all project target areas, their utilization, especially at health facilities' level, was often found inadequate and poorly structured. The insufficient attention paid to the monitoring of facilities' management and performances in terms of services' quality and coverage, combined with poor short and medium term planning abilities, would make it hard to properly analyse HIV and PMTCT trends within rural facilities' catchment areas, resulting in a lacking and unsatisfying response to the population's healthcare needs.

The project paid particular attention to the capital role of data and information gathering and analysis, eventually registering remarkable progress: over the project implementation period, the data collection and analysis methodologies have been acquired by involved facilities' healthcare staff through specific and continuous support; they have been empowered to better identify, understand and respond to the local health-related conditions and needs. The M&E grids, specifically developed within the project, helped staff in charge in formulating and identifying the most relevant indicators and focusing their work on issues demanding particular attention. The introduction of integrated registers for clinic use further assisted clinic nurses in these tasks. The registers include all necessary PMTCT (also now called Elimination of Mother to Child Transmission), ANC, ART related indicators and nurses and Community Health Workers (CHWs) were purposely trained on its use, allowing monitoring of HIV positive pregnant women and their newborns and preventing both being lost to follow-up.

In the **South African** context the considerable HIV incidence and prevalence rates, together with the related large number of people needing care and follow-up, demanded a concentrated effort to strengthen staff skills in planning and managing healthcare services provision, which was answered through the introduction of Balanced Scorecards in all involved facilities. Balanced scorecards represent

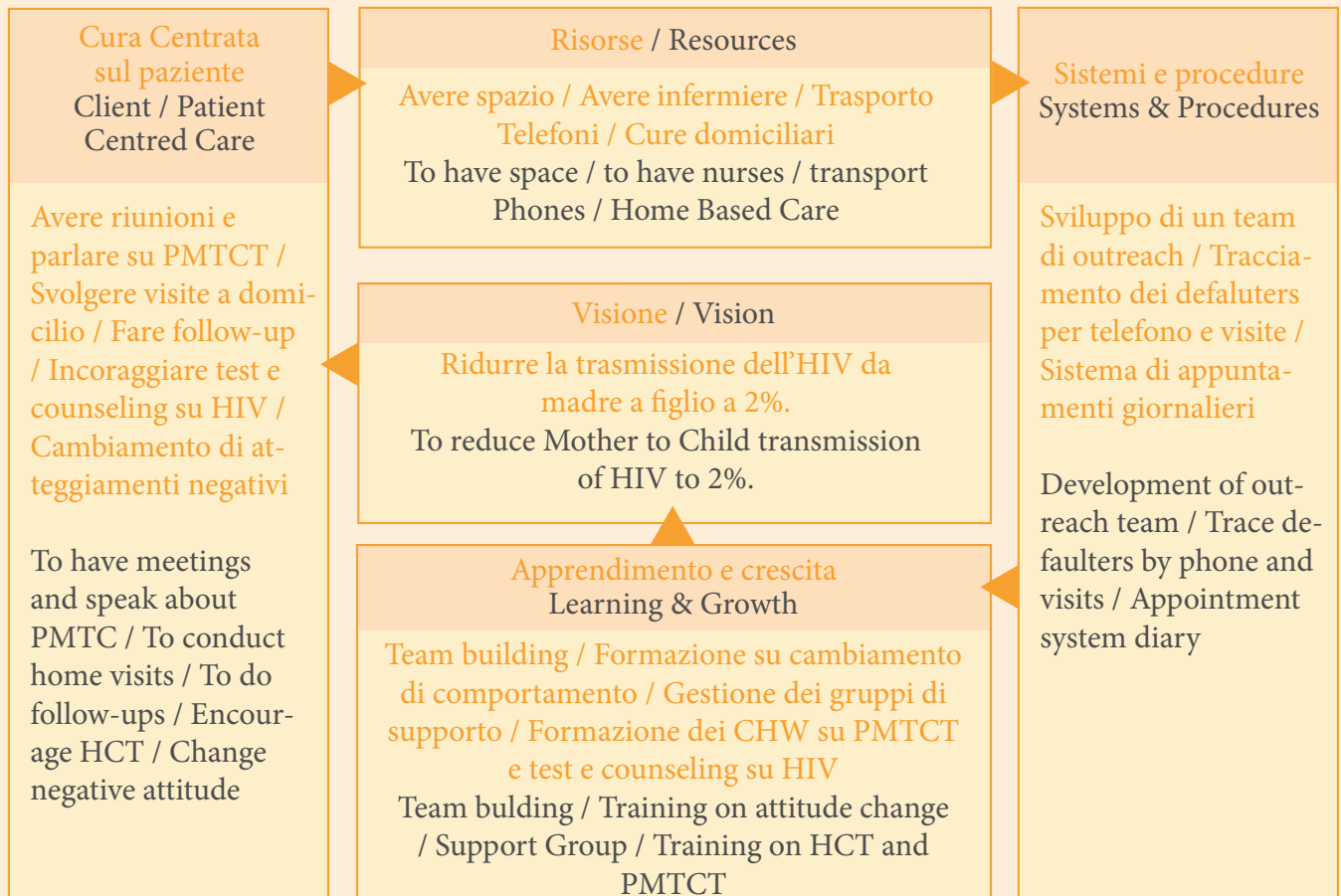
progetto, strumento particolarmente utile nella definizione di obiettivi, strategie e piani di monitoraggio periodici per verificarne il grado di raggiungimento.

Nel **contesto congolese**, e specialmente nel Kasai Occidentale, le deboli iniziative intraprese dal governo locale nella lotta all'HIV ha lasciato il sistema di raccolta e analisi dati nella mani di ONG e associazioni che operano sul terreno. Similmente deboli appaiono le capacità delle autorità locali e dello staff sanitario nella gestione, pianificazione e monitoraggio dei servizi. In virtù di tale problematica realtà, il progetto ha concentrato i suoi sforzi nel fornire capacità e competenze per migliorare le performances delle figure menzionate. Campagne di lobbying sono state promosse e supportate nell'intera Provincia, e nel mese di Ottobre 2014 il Governatore del Kasai Occidentale ha finalmente firmato un atto ufficiale che porterà alla creazione di un consiglio provinciale per la lotta all'AIDS, e ha ufficialmente incaricato alcuni parlamentari di avviare passi specifici in merito.

a particularly useful tool for defining objectives, strategies and related monitoring plans.

In **DR Congo** context, and especially in the Western Kasai, the extremely weak actions taken by the local government to fight HIV leave data collection and analysis in the hand of few NGOs and international organizations operating in the field. Similarly weak appear capacities of local health authorities and healthcare staff in addressing services' planning and monitoring tasks. Given this challenging situation, the project focused its efforts in providing competent official and health authorities with skills and capacities necessary for a fruitful planning and management of services dedicated to fighting HIV. Lobbying campaigns have henceforth been promoted and actively supported in the whole Province, and finally in October 2014 the Western Kasai Governor signed a bill that will lead to the creation of the provincial council on fight against HIV, and officially charged some parliamentary of HIV themes in the regional parliament

Balanced Score Card: Clinica di Bala / Bala Clinic



5.3 Semplificazione del sistema di riferimento - Referral presso le strutture sanitarie

Referral systems improvement and simplification

Per quanto rappresenti un elemento di fondamentale importanza per garantire un monitoraggio continuativo ed efficace dei pazienti, soprattutto per trattamenti antiretrovirali e routine PMTCT, i sistemi di riferimento del paziente presso i vari livelli del sistema sanitario risultano estremamente fragili e lacunosi nei tre Paesi d'intervento, in virtù di una generalizzata assenza di comunicazione sia fra i vari livelli che tra strutture afferenti allo stesso livello. In **Sudfrica**, l'elevato numero di persone in cura e quelle perse al controllo; l'alto tasso di prevalenza dell' HIV e le diffuse dinamiche per cui pazienti originariamente registrati presso una clinica tendono a recarsi occasionalmente presso altre cliniche per svariati motivi, rendono difficile un controllo continuativo della condizione fisica in assenza di comunicazione tra le varie strutture.

Gli Ospedali distrettuali inoltre, riferiscono casi particolari a strutture di livello provinciale Provincia, e il flusso di comunicazione discendente tra ospedale e clinica, generalmente inadeguato, comporta frequenti "perdite" dei pazienti. Un sistema basato su semplici forms di riferimento è stato sviluppato e diffuso in cliniche ed ospedali per assicurare l'invio di notifica alla clinica di riferimento al momento della nascita di ogni bambino, relative date di controllo per evitare la trasmissione del virus e garantire che la coppia madre-figlio sia in seguito efficacemente seguita.

In **Tanzania** esiste un problema simile di riferimento presso i diversi livelli, ma in direzione contraria, a partire dalle strutture sanitarie locali verso quelle di livello superiore. L'importanza del problema, emerso in modo visibile in corso d'implementazione del progetto, ha richiesto una risposta immediata, giunta attraverso l'introduzione di appositi Referral Forms e rafforzamento di monitoraggio e tracciamento continuato delle condizioni di donne e bambini a livello di clinica.

The referral systems, i.e. the practices connected to referring the patients to upper or different levels within the healthcare structures, represent a crucial element to ensure that patients are properly and adequately treated and monitored according to their specific health needs, especially for ART and PMTCT clients. Such systems are nonetheless overlooked and generally weak in the three targeted Countries, due to communication constraints both among different system levels and within and among structures pertaining to the same levels. In **South Africa**, due to the high HIV prevalence, high patient numbers and weak filing and patient defaulter management systems at rural clinics, there were a large number of ANC, HCT, PMTCT and paediatric and mother HIV patients lost to follow-up and weak defaulter tracing. Patients registered at a particular clinic often turn occasionally to other facilities because of several contributing factors; since these structures rarely communicate with each other, patients' monitoring results are managed below standards. Another is related to the fact that Public/District Hospitals refer the patients to the referral hospitals (Province/Regional) for further management; usually the feedback between higher and lower levels of health facilities is poor and the patient is therefore rarely re-addressed by the hospital, directly to the dispensary/clinic level for further control and management, risking loss to follow-up and defaulting. In South Africa a simple referral form was developed with clinics and hospitals and used to ensure notification to clinics by hospital maternity units about the birth, dates for follow-up of PMTCT and details of all new attendance (mothers) especially for mothers tested HIV positive to decrease mother and child mortality rate.

Tanzania experiences similar constraints towards effective referral system to different health facility levels, yet in the opposite direction, from the peripheral health facilities to the hospitals. The relevance of such matter, clearly emerged during project activities' implementation, prompted a sound response which consisted in the introduction of

Al fine di assicurare adeguato controllo delle donne incinta sieropositive nello svolgimento delle varie fasi terapeutiche e profilattiche presso le strutture sanitarie superiori, particolare impegno è stato profuso nel potenziamento delle capacità dei CHWs, educatori e gruppi di supporto locali, e nella dotazione di telefoni cellulari (M-health) per rintracciare i pazienti. Questi strumenti si sono dimostrati estremamente efficaci nel garantire assistenza continua alle donne incinte sieropositive, dal proprio domicilio (home-based care) al dispensario fino al CTC.

In **RDC**, la debolezza del sistema sanitario e lo scarso collegamento fra i vari livelli e strutture si riflette negativamente sulla gestione del sistema di riferimento, tuttavia, la formazione e l'attivazione dei CHW ha notevolmente supportato lo staff locale nel migliorare il controllo e il follow-up dei pazienti nelle aree rurali.

specific referral forms supporting and facilitating on-going monitoring and follow-up of patients, especially women and children in Kondoa and Chemba districts.

In order to sustain the follow-up and tracking HIV positive pregnant women to attend to District hospital for DBS and CD4 check-up, attention was focused on the empowerment of CHWs, Peer educators, Support working groups for PLHAs communication skills and tools. Moreover it has been introduced the use of mobile phones (m-Health) in tracking clients. This practice demonstrated to be instrumental in the follow-up of HIV positive pregnant women and infants to access PMTCT services, creating a continuum of care from the village to the CTC and thus improving the referral system.

In the **Democratic Republic of Congo**, the healthcare system's weakness and the poor connection among its different levels and structures also reflects upon the referral management. Nonetheless, the training and activation of CHWs at local level consistently helped staff of supported facilities in improving patients' monitoring and follow-up, through their active deployment in rural villages and communities.

5.4 Potenziamento del ruolo dei Community Health Workers Enhancement of Community Health Workers' role

I Community Health Workers, figure preposte allo svolgimento di compiti legati all'assistenza sanitaria di base all'interno delle proprie comunità, rivestono un ruolo cruciale nelle aree maggiormente caratterizzate da povertà e disagio socio-economico che è stato nel corso degli ultimi decenni ampiamente riconosciuto dagli operatori di cooperazione e sviluppo internazionale, soprattutto nella definizione di programmi di supporto e rafforzamento dei servizi sanitari locali. Essi rappresentano infatti un collegamento diretto fra le proprie comunità e il sistema sanitario in tutti gli aspetti connessi alla salute, migliorando l'efficacia dei servizi di cura e prevenzione e rafforzando consapevolezza e appropriazione delle comunità locali degli interventi promossi.

Community Health Workers, figures in charge of performing duties related to basic healthcare provision within their communities and as counsellors at clinics, play a role whose importance is well known in countries characterised by widespread poverty and socio-economic marginalization. They act as a bridge between the community and the formal health services in all aspects of health development, providing an opportunity to increase both the effectiveness of curative and preventive services and, more importantly, community management and ownership of health-related interventions. International cooperation actors and programmes have recognized the valuable contribution of CHWs can provide in their interventions, especially in defining initiatives aimed at strengthening local healthcare systems.

Nei tre paesi oggetto d'intervento nel quadro del progetto MATCH, la presenza e l'importanza di tali figure era già stata riconosciuta in fase di definizione della strategia progettuale.

In the three Countries targeted by the MATCH project, the presence and importance of such personnel had already been recognized while structuring the intervention strategy.

Fattori di debolezza erano stati al contempo identificati nel generale carattere volontario e precario del loro lavoro, generalmente sottopagato e poco valorizzato; nella mancanza di un chiaro sistema di gestione e controllo, nel ridotto livello di conoscenze tecniche e nel conseguente bisogno di strumenti formativi e qualificanti.

CHWs sono state dunque direttamente coinvolte nell'iniziativa, in seguito ad una serie di sessioni formative ad hoc, sulla base dell'idea che l'affiancamento di tali risorse umane -adeguatamente formate- al personale sanitario delle cliniche potesse garantire un netto miglioramento nelle performances e nella gestione della clinica e nel raggiungimento e mobilitazione delle donne e delle comunità nel loro complesso in relazione a temi cruciali quali educazione e salute riproduttiva, prevenzione e trattamento delle malattie sessualmente trasmissibili. Tale scommessa ha determinato risultati notevoli in tutti e tre i differenti contesti d'intervento, rafforzando l'assunto della centralità dei CHWs nel promuovere dinamiche virtuose in ambito socio-sanitario. Il rafforzamento delle loro capacità tecniche, assieme alla valorizzazione e al riconoscimento del loro lavoro, in questo modo istituzionalizzato, ha alimentato la loro motivazione, impegno e senso di appartenenza nei confronti delle comunità.

In **Sudafrica**, i notevoli risultati raggiunti hanno stimolato la replicazione della formazione e dell'attivazione dei CHWs in altre 45 cliniche del distretto: i CHWs formati sono stati in seguito inseriti nel programma di outreach comunitario, e hanno

Main weakness factors were nonetheless identified as: the general voluntary and precarious nature of their work, insufficient training, need for accredited training leading to a recognised qualification, lack of a career path for CHW's, lack of clear management, support and reporting systems for them, low pay, and not sufficiently valued and supported.

A component of CHWs training and deployment was hence included within the project, assuming that sound improvements in the health-care facilities' performances could be produced by having CHWs assisting health staff in performing their duties, providing patient follow-up and care in communities, and conducting communities' mobilization actions. Women, girls and children affected or exposed to HIV would also be more easily reached, educated and informed about HIV and PMTCT issues, sexual and reproductive health rights and sexually transmitted diseases thanks to CHWs engagement. This assumption proved to be correct, producing noteworthy results in all involved areas and decisively acknowledging CHWs's centrality in promoting virtuous dynamics and experiences. The enhancement and formal recognition of their role and competences prompted health staff and local beneficiaries to valorise their work and boost their motivation and commitment. Arising from the project in **South Africa**, the following major changes have now been proven and are being replicated into 45 new clinics in OR Tambo District: 1) many of the CHW's have been appointed by the SA Government as part of Ward Based Outreach Teams, 2) accred-

adesso la possibilità, grazie alle competenze acquisite in termini di Test, Counseling HIV e PMTCT, di qualificarsi ulteriormente come Ancillary Health Carers, oltre il riconoscimento formale della propria figura professionale. Essi sono inoltre preposti ad attività di Counseling ed educazione nelle scuole.

In **Tanzania**, al fine di rafforzare e promuovere il ruolo di tali figure, le autorità dei due distretti target hanno deciso di introdurre alcuni cambiamenti nel regolamento del Community Health Fund, il Fondo per la salute comunitaria, nel quale sono volontariamente versati contributi da parte di ogni famiglia, raccolti da insegnanti a livello distrettuale, per garantire la copertura delle spese per servizi di assistenza sanitaria di base. Dal 2015, saranno i CHWs locali a raccogliere tali somme, una parte delle quali sarà devoluta alla copertura dei servizi di questi ultimi.

Passi ulteriori per motivare e valorizzare il loro ruolo sono stati compiuti attraverso l'attribuzione di benefits di vario tipo (tessere d'identità, credito telefonico, biciclette) e la definizione di nuove linee guida sulla regolamentazione del loro lavoro, attese nel 2015, che stabiliranno un curriculum formativo

ited training is provided to CHW's in Counselling, HCT, PMTCT and can lead to a national qualification in Ancillary Health Care, 3) CHW's are now recognised as a new category of worker under the SA Government Community Work Programme and 400 CHW's are now being appointed, trained, paid and are working in each village in three of the 4 sub-districts of OR Tambo District. They are appointed and employed by the SA Government for the medium to long term.

As for **Tanzania**, in order to reduce the weakness of the CHWS, the two districts decided to make some changes to the Community Health Fund (CHF) which is collected by teachers at district level from each household to guarantee the family coverage for PHC expenses, subscribed on voluntary basis. The districts decided that from 2015 CHWs will collect the fund, and 1/13 of it will be destined to cover expenses of CHWs operating in villages.

Then the same District authorities identified alternative strategies to motivate the CHWs, giving them benefits that can last over time (ID cards, top-up for mobile phones, bicycles, to be used for their work in communities).



di un anno e un processo di selezione che condurrà alla redazione di un registro utile al riconoscimento del lavoro dei CHWs nelle comunità locali.

In virtù delle comuni origini e background culturale, i CHWs rappresentano dunque le figure ideali per la conduzione di attività di counseling, testing e assistenza psico-sociale all'interno di comunità isolate e marginalizzate, consentendo una sostanziale riduzione del carico di lavoro dello staff locale e un flusso d'informazione continuo funzionale all'amplificazione dell'impatto dell'iniziativa progettuale. Secondo interviste rilasciate da beneficiari del progetto e personale sanitario locale, il lavoro dei CHWs ha profondamente inciso sul progressivo miglioramento degli indicatori riguardanti l'assistenza sanitaria prenatale e l'aderenza al trattamento PMTCT. Nei distretti di **Kondoa e Chemba**, la loro presenza e il loro coinvolgimento hanno favorito e facilitato la partecipazione dei partners maschili. Il ricorso a cure prenatali e test di coppia è notevolmente migliorato grazie alla presenza di CHWs di entrambi i sessi, la priorità accordata alla coppia e alle lettere di invito; il lavoro di educazione comunitaria ha migliorato il tasso di parti assistiti da personale qualificato. L'efficienza generale anche in termini di gestione economica del sistema sanitario è stata dunque complessivamente migliorata, garantendo l'accesso a cure adeguate da parte di ampie fasce di popolazione prima escluse.

In **RDC**, le uniche cliniche che offrono servizi efficienti in termini di HIV e PMTCT sono gestite da ONG, purtroppo il loro staff è sovraccaricato di lavoro, scarsamente formato e motivato e dotato di carenti risorse e strumenti. Una parziale soluzione è giunta dal coinvolgimento attivo di CHWs adeguatamente formati, spesso anch'essi/e sieropositivi/e: la loro esperienza e posizione di rilievo nelle comunità di riferimento li rende infatti un'importante risorsa.

Hopefully, also the Government is going to release new guidelines regulating the work of CHWs at a national level in 2015, and will establish a one-year curricula and a selection process that will help creating a register that will be used to recognize (and sustain) their work in communities.

Due to the shared socio-cultural background, CHWs represent the ideal figures to perform testing, counselling and psycho-social support activities within rural and marginalized communities, allowing a substantial reduction in the health staff's work overload and facilitating a continuous information flow able to amplify the project's impact. According to interviews with many beneficiaries and engaged healthcare staff, the trained CHW's work has considerably influenced the progress registered in terms of antenatal care and PMTCT routine adherence indicators. In **Kondoa and Chemba** districts, their presence and engagement consistently facilitated male partners' involvement in the family health sphere. The couple ANC attendance and HIV testing has shown a tremendous improvement due to the role of gender balanced CHWs, use of invitation letters for partners to attend ANC and couples given first priority to obtain services at ANC Clinic (see lesson learnt F). Community sensitizations by CORPS (CHWs, PHEs, Trainers, support group) have increased health facility deliveries leading to increased early diagnosis of infants in the project facilities.

Moreover the involvement of CHWs is contributing to improve the cost-effectiveness of health care systems by reaching large numbers of previously underserved people with high-impact basic services.

In **Democratic Republic of Congo**, the only health clinics providing accurate HIV and PMTCT care and services are backed by NGOs; unfortunately, their staff is too often overloaded with work, poorly motivated and trained and logistically underequipped. A partial solution came out from the active engagement, after adequate training and mentoring, of community health workers, especially with HIV-positive community health workers, whose experience and position within the community represents a relevant added value.

Essi non affrontano situazioni migliori rispetto ad altri CHWs, ma appaiono essere generalmente più motivati e capaci di offrire un supporto tangibile a persone particolarmente in difficoltà. Un'organizzazione locale di attivisti sieropositivi, UCOP+, ha ricevuto notevole supporto attraverso il progetto, che ne ha rafforzato le capacità di seguire, supportare e riferire pazienti. Spesso tali attivisti sono maggiormente qualificati dello stesso personale sanitario, ed hanno una notevole influenza ed autorità nel rapportarsi con capi ed autorità locali.

Il ruolo dei CHW qualificati è stato inoltre cruciale nel promuovere iniziative di sensibilizzazione in materia di HIV e PMTCT e nell'incoraggiare fasce più ampie di popolazione a sottoporsi a test e counseling HIV.

Of course, they face similar, if not worse, financial conditions than other community workers, but they appear to be particularly motivated and able to offer a tangible support to people in need. A local organization of HIV-positive activists and CHWs, the UCOP+ organization, has been remarkably supported through the project, improving their capacities to follow, support and refer patients in their communities. Often these activists are by far more skilled than staff from national health system, even at a technical level. The role of trained CHWs was furthermore crucial for improving and multiplying awareness-raising and education initiatives on HIV prevention and treatment and PMTCT within rural communities and for encouraging more people to get HIV counselled and tested. In order to enhance their credibility, it was necessary to implicate, inform and deal with traditional leaders, particularly in rural areas where traditional beliefs are very strong.

5.5 Rintracciamento e monitoraggio individuale dei pazienti: il Reminder SMS System in Tanzania e il Community Outreach Programme in Sudafrica

Individual patients' tracing and monitoring practices: The Free Reminder SMS in Tanzania and the Ward-Based Community Outreach Programme in South Africa

Come menzionato in precedenza, in molte delle realtà toccate dall'epidemia di HIV i progressivi miglioramenti in termini di fornitura di farmaci e assistenza da parte dello stato sono stati accompagnati da una generalizzata difficoltà nel garantire una corretta aderenza al trattamento antiretrovirale e PMTCT, difficoltà legata a fattori di scarsa informazione, lontananza geografica, povertà, che rischia di mettere a repentaglio i successi finora raggiunti.

Nel corso delle ripetute attività di controllo e monitoraggio, problematica particolarmente condivisa dalle comunità beneficiarie è stata indicata nella frequente lontananza dei villaggi dalle cliniche, che ne rende difficile il raggiungimento. Il sovraccarico di lavoro del personale dovuto alla carenza di staff costringe spesso ad accorciare i tempi delle visite, privando talvolta i pazienti di informazioni e indicazioni appropriate, che a loro volta non comprendono l'importanza delle visite periodiche

As previously mentioned, in most areas affected by the HIV epidemics the steady improvement in terms of health assistance and treatment provision have been accompanied by generalized difficulties in ensuring proper adherence to ARV and PMTCT treatment, mainly due to poor information, resources, geographical distance, which may jeopardize results achieved so far.

As emerged during project activities' realization, a widespread and shared issue in the three target areas is represented by the long distance which generally separates health facilities from rural villages, making it hard to reach them. The frequent health staff's work overload often forces personnel to reduce visits and visit sessions' duration, depriving patients of adequate attention and precious counselling and information moments. The importance of quality counselling, periodical visits and proper adherence to the treatment does not consequently receive due

e della stretta aderenza ai trattamenti prescritti. Tali fattori hanno richiesto una risposta concreta e modulata sulle specificità dei contesti locali. In Tanzania e Sudafrica si è concretizzata attraverso l'introduzione di un sistema gratuito di Reminders via SMS, già introdotto in precedenza con l'iniziativa Mom connect Programme del Ministero della salute sudafricano: durante la prima visita presso la clinica, un piano di gravidanza individuale è definito con la paziente. Il suo numero di telefono cellulare è conseguentemente registrato nel sistema consentendo l'invio periodico di SMS che ricordano date di visita e informano sulla gestione del trattamento, accrescendo la consapevolezza del proprio stato di salute e dell'importanza delle procedure prescritte. Il servizio, sviluppato per tutelare e monitorare lo stato delle donne incinte sieropositive, è stato in seguito esteso anche nei confronti di uomini e di pazienti di malattie croniche.

In **Sudafrica**, inoltre, il progetto ha mirato a migliorare monitoraggio e follow-up dei pazienti attraverso il supporto tecnico e logistico al programma di Ward-based community outreach, un'iniziativa lanciata dalle autorità sanitarie per migliorare il livello di copertura e capillarità dell'assistenza e delle iniziative di promozione sanitaria, nel quadro del programma nazionale di più ampio respiro "Primary Health Care Re-engineering nel distretto di OR Tambo". Essa consiste nel raggiungimento, a cadenza mensile, dei villaggi e delle comunità più isolate e lontane dalle cliniche, permettendo il rintracciamento di tutti i pazienti che risultano "persi" al controllo, l'erogazione di servizi HCT e la diffusione di informazione in materia di salute sessuale e riproduttiva. Il progetto ha messo a disposizione le sue risorse (Unità mobile, veicoli, assistenza tecnica dello staff) al fine di colmare i vuoti e sopperire alla frequente scarsità di risorse e strumenti per un'adeguata gestione del programma. I dati emersi, registrati durante un arco temporale di circa 20 mesi, confermano risultati importanti che incitano a sostenere la continuazione e replicazione dell'iniziativa: circa il 78% dei pazienti delle 4 cliniche campione persi al controllo sono ora nuovamente seguiti. Laddove possibile, vengono ricontrollati/e e visitati/e e si provvede alla fornitura dei medicinali che necessitano, se impossibilitati a farlo personalmente.

attention. All these inter-related factors urged a strong response tailored upon the different contexts' characteristics. In Tanzania and South Africa (initially piloted in this project and now operating at national level as the "Mom Connect Programme" run by the SA National Department of Health) it was represented by the introduction of a cost-free SMS reminder system: in occasion of their first antenatal visit, nurses establish with pregnant women an individual birth plan. Their phone number is registered in the clinic filing system (and in South Africa at both a clinic level under this project and at national level on a new "Mom Connect" national database) allowing periodical sending of SMS reminding of scheduled visits and informing about treatment management. This service proved to be a tool to raise awareness on personal health's control and adherence to prescribed practices, hence potentially extensible to men and other chronic diseases.

In addition to the above, In **South Africa** patients' monitoring and follow-up issues were addressed by providing ward-based outreach teams with technical and logistical assistance. The ward-based outreach programme, as previously mentioned, has been launched by South African Health Authorities as a national pilot project for "Primary Health Care Re-engineering" in OR Tambo District as a way to improve health services' quality and coverage: each and every month, a tight schedule is arranged to allow periodical visits to most rural and remote villages, tracing of all lost to follow-up and defaulter patients, HIV counselling, testing and information. The project made available its resources (Mobile Unit, vehicles, staff technical assistance) to develop a systemic process and to bridge existing gaps in terms of programme coverage and resources specifically in the project area.

L'aderenza al trattamento antiretrovirale da parte delle donne incinte sieropositive e la trasmissione del virus sono stati fortemente influenzati dal programma di outreach: in Sudafrica, nel sub-distretto di Qaukeni il tasso di trasmissione si è ridotto da una media del 37% all'1,4% in alcune cliniche, le stime in assoluto più basse nel quadro del distretto di OR TAMBO.

Data collected over 20 months confirm the remarkable results achieved so far, where by about 78% of patients previously lost to follow up are now traced each month. Upon finding them, Outreach teams members generally visit and control their overall health condition, also managing patients' drugs provision if these are unable.

The effectiveness of the programme has been confirmed by a strong MTCT reduction, which in some of the targeted clinics has passed from 37% to 1.4%, the lowest rates in OR Tambo District.





Rossana Marra / Oxfam Italia
OR Tambo. Eastern Cape. South Africa

5.6 Clinic Health Audits per il miglioramento della gestione dei pazienti in Sudafrica

Clinic Health Audits for patient's management improvement in South Africa

In **Sudafrica**, il programma di Outreach comunitario è stato accompagnato e ulteriormente rafforzato da un'iniziativa parallela, mirante a migliorare da un lato le capacità di gestione dei pazienti della clinica, dall'altro facilitare il rintracciamento dei pazienti persi al controllo: in ogni clinica supportata è stato condotto un "files audit" finalizzato a pulire e riorganizzare il sistema informativo dei pazienti, ristrutturandolo sulla base di liste di controllo settimanali. Il programma ha registrato riscontri positivi sia da parte dello staff delle cliniche che dai pazienti, che hanno favorito la decisione delle autorità sub-direttoriali di estenderlo a tutte le cliniche dell'area.

Il processo del Clinic Health Audit, in breve:

1. In ogni clinica, tutti i pazienti attivi sono identificati attraverso un'accurata analisi delle cartelle dei pazienti
2. I pazienti attivi sono individualmente controllati, per identificare quali hanno interrotto il trattamento (defaulters) e quali sono stati persi al controllo (lost to follow-up, LTF)
3. Liste di controllo settimanale di defaulters e LTF sono sviluppate e inoltrate ai membri dei teams di outreach e ai CHWs affinché possano rintracciare i pazienti e riportarli alla clinica (o riferirli presso l'ospedale).

In **South Africa**, the ward-based community outreach programme was further enhanced thanks to a parallel initiative aimed at facilitating patients' tracing and follow-up and simplifying management procedures: within each supported clinic a "clinic health audit" was conducted to clean and reorganize the patients' information system, restructuring it on the basis of weekly control lists. The program was met with wide approval both from patients and health staff, leading local health authorities to extend the new system to all of the clinics in the area

The Clinic Health Audit process in a nutshell:

1. In each clinic, all active patients are identified through an accurate check of filing cabinets.
2. Active patients' files are consequently individually checked, to identify defaulters and Lost to follow-up .
3. Weekly control lists of defaulting/lost to follow up patients are developed and handed to outreach teams members and CHWs so that they can trace the patients, check and bring them back to the clinic (or refer them to the hospital)

Il corretto e regolare funzionamento del nuovo sistema di gestione e controllo dei pazienti è ulteriormente rafforzato attraverso un processo fondato su 5 fasi:

1. Ogni Lunedì, il personale delle cliniche stila una lista e un registro di controllo per la settimana, secondo il calendario identificato
2. Quando il paziente arriva presso la clinica per la visita, la sua cartella viene estratta dal registro settimanale e i suoi dettagli vengono inseriti nella lista di controllo. La cartella è poi inviata all'infermiera di turno
3. L'infermiera visita il paziente ed aggiorna la cartella secondo quanto emerso durante il controllo, indicando data di ritorno
4. L'addetto alla raccolta e analisi dati della clinica controlla, a fine giornata, quali cartelle non sono state estratte, e quindi quali pazienti non si sono presentati per la visita nella data stabilita.
5. Le cartelle vengono indirizzate nella Default Area, dove l'identità dei pazienti che hanno interrotto il trattamento sono notificati ai CHWs perché questi ultimi procedano a rintracciarli. Il processo così messo in atto è conseguentemente ripetuto su base settimanale e prevede un' apposita formazione per il personale coinvolto (infermiere, CHWs, addetti all'analisi dei dati).

Sulla base dei dati e dei risultati emersi dal report finale del processo di Clinic Health Audit, l'iniziativa ha riscontrato notevole successo nelle cliniche interessate, che ha spinto le autorità sub-distrettuali ad introdurre il programma anche nelle cliniche non coperte dall'iniziativa.

The smooth functioning of the new filing and control system is furtherly ensured through a 5-steps process:

1. On Mondays, clinic clerical staff use a control list for the week, according to the week calendar
2. When the patient arrives, the file is drawn from the week's drawer. Details are recorded on the weekly control list. File delivered to the nurse
3. The nurse sees the patient and updates the file with details of the patient's visit, and the date of the next visit
4. Files are collected from the nurses and the data capturer updates the computer records
5. The data capturer checks which files have not been used, indicating which patients have not attended the clinic on their return date. Files are moved to the Default area, where CHWs are notified of the defaulting patients to be traced.

The process thus set up is consequently repeated on a weekly basis and foresees a focused training for involved personnel (data capturers, community health workers). According to the data emerged from the final clinic files' audit report, the initiative has produced considerable results in all involved clinics.

5.7 Coinvolgimento Maschile

Male partners' involvement

La questione del coinvolgimento maschile, elemento particolarmente problematico in tutte e tre le aree d'intervento, ha conosciuto risvolti estremamente differenti da contesto a contesto, in virtù sia delle specificità locali che dei diversi approcci utilizzati. I risultati più soddisfacenti sono stati registrati in **Tanzania**, dove: a. il sostrato culturale e religioso musulmano, più recettivo al tema, implica maggiore partecipazione e attenzione alle condizioni di salute della famiglia, b. Il supporto di leaders e autorità tradizionali in tal senso è più forte, e implica contravvenzione per chi non ne rispetta le decisioni, e c. Infermiere e staff sono disposte a garantire trattamento preferenziale alle coppie. Oltre alle azioni di mobilitazione ed educazione comunitaria previste e promosse dal progetto attraverso la realizzazione di workshops partecipativi e la formazione di specifici educatori, ulteriori misure sono state introdotte in itinere per rafforzare tale dinamica, come la decisione di formare un numero uguale di donne e uomini quali Community Health Workers, inviare lettere d'invito a partecipare alle visite antenatali, ma soprattutto di garantire priorità di visita alle donne che si presentano in clinica accompagnate dal marito. La combinazione di tali operazioni ha comportato un incremento del tasso di partecipazione e coinvolgimento maschile durante le visite antenatali dell'8% circa nel corso dei tre anni. Il riconoscimento della centralità della questione da parte delle autorità locali, ufficiali e non, ha inoltre stimolato il Consiglio Plenario ad adottare una risoluzione di impegno a condurre una "crociata" a livello di distretto.

In **RDC**, le attività di sensibilizzazione nei confronti degli uomini hanno mostrato risultati parimente positivi grazie al ruolo cruciale svolto in tal senso da autorità locali e Chefs Coutumiers (capi villaggio tradizionali) che, in seguito ad incontri di sensibilizzazione finalizzati a illustrare le ragioni dell'importanza di tale tema, hanno a loro volta agito e impiegato la propria autorità per motivare la popolazione maschile ad un maggiore coinvolgimento. Un fattore di debolezza è legato all'alto livello di mobilità della popolazione maschile, dovuta alle possibilità di lavoro offerte dal settore minerario in alcune aree del Paese. In tal senso, la stretta collaborazione col PNMLS che assegna

In relation to the crucial component aimed at raising male partners' involvement in the family health sphere, project activities produced different outcomes depending on the different intervention area. This was due both to local contexts' peculiarities and to the different approaches adopted. The most successful results were registered in **Tanzania**, where: a) the Islamic cultural and religious background implies particular attention and engagement of husbands and partners on family health matters, b) support from traditional leaders (in the form of ordering that all males should attend ANC and PMTCT clinics with their wives, and failure to do so would result in such husbands being fined) and, c) support from clinic staff in allowing women accompanied by their partners to be seen first. Alongside with the community mobilization and education initiatives promoted by the project through participatory workshops and the training of focused figures, additional measures have been progressively introduced to further enhance the process, as training an equal number of men and women as CHWs; sending invitation letters to take part in antenatal visits, and above all, ensuring visit priority to women accompanied by their partner to the clinic. The combination of such elements triggered an increase in the men's involvement rate of about 8% over the project implementation period. The acknowledgment by local authorities (both institutional and traditional ones) of the issues' relevance prompted the Plenary Council to issue a formal declaration stating their commitment towards starting a real "crusade" on the matter.

In the **Democratic Republic of Congo**, the men's awareness-raising activities produced significant results thanks to the focal role played by local authorities and Chef Coutumiers (traditional village headmen) who acknowledged the theme's importance after being involved in focused workshops and meetings, thus employing their authority in order to motivate male population to be more active and engaged. A relevant constraint was identified in the high mobility of the male population, due to a mining-based economy, which severely affects such initiatives' success: The tight cooperation with the PNMLS (the national multi-sectorial program on

grande importanza al coinvolgimento maschile ha aiutato ad estendere il raggio d'azione delle attività di progetto, raggiungendo anche uomini lontani di casa per motivi di lavoro

In Sudafrica la situazione di partenza risultava già estremamente più complessa e difficoltosa di quella in Tanzania, per una serie di fattori socio-culturali legati alla cultura maschilista e allo stereotipo

VIH-SIDA), which assigns great importance to male partners' involvement, served as a powerful tool to engage as many people as possible, with a view to reach men who are away from their homes for work.

In South Africa, the situation in terms of men's involvement and participation was extremely different and more challenging than in the other intervention contexts, due to diverse socio-cultural



Sibilla Filippi / Oxfam Italia
Ville de Kananga, Kasai Occidental
RD Congo

secondo cui la salute igienico-sanitaria familiare appartenga esclusivamente alla sfera femminile e materna; la clinica rappresenta un luogo estraneo cui fare ricorso solo in casi di particolare gravità.

A ciò si aggiunge la diffusa poligamia e l'elevata frequenza di violenze e abusi nei confronti di donne e ragazze. L'insieme di questi fattori rende il livello di coinvolgimento maschile pressoché nullo, su cui le azioni di mobilitazione e sensibilizzazione comunitarie non hanno avuto impatto significativo. Ciononostante, due note positive sono state rilevate e offrono rilevanti spunti di riflessione. In primo luogo, i ripetuti tentativi di stimolare la partecipazione maschile, assieme ai vari momenti di riflessione su tale problema intrattenuti con personale sanitario, parasanitario e beneficiari del progetto, hanno mostrato come per le stesse donne tale situazione

factors mostly linked to the men chauvinist culture and the rooted idea that everything connected to the health and hygienic sphere is exclusively a women's job; the health clinic represents for men an extraneous environment they refer to only in particularly problematic circumstances.

Polygamy and widespread violence and abuse towards girls and young women add up to these factors making the situation even worse and determining an almost insignificant degree of male involvement. Mobilization and awareness-raising actions didn't hence have remarkable impact, even if a few factors emerged leave space for hopes for future improvements. Firstly, the repeated efforts to encouraging males' involvement, strengthened by meetings with health officials and beneficiaries on these topics, showed how even women look at

rappresentasse la norma: per quanto dunque effetti “diretti” siano stati minimi, è stata riscontrata una nuova predisposizione e una presa di coscienza da parte femminile che, se sostenuta nel tempo, potrà essere un motore “endogeno” di cambiamento. In secondo luogo, il personale e i CHWs coinvolti nelle sessioni di outreach comunitario hanno riscontrato come, grazie alla maggiore confidenzialità e riservatezza che questo programma garantisce, molti uomini si siano dimostrati più disponibili al coinvolgimento, all’educazione e a sottoporsi a test e counseling HIV durante sessioni di outreach nei propri villaggi.

the existing situation as something normal: as far as tangible improvements are not yet immediately and clearly visible, a new women’s attitude and consciousness level were anyway acknowledged, which, if properly sustained, could represent an endogenous change mechanism. Secondly, the health staff and CHWs involved in the ward-based outreach programme repeatedly reported how many men appear more prone to getting engaged in prevention of mother to child transmission if educated in meetings in their communities, male groups in villages and counselled by community health workers in their homes, and receive HIV counselling and testing services during village outreach session, due to the higher confidentiality and privacy the programme offers on these delicate matters.

5.8 Sensibilizzazione nelle scuole sulla salute sessuale e riproduttiva

School sexual and reproductive Health Education programme

La componente di educazione e sensibilizzazione in materia di diritti e salute sessuale e riproduttiva ha ricevuto notevole attenzione in tutti i Paesi coinvolti, generando un elevato livello di partecipazione e appoggio da parte di comunità, autorità e attori locali.

L’esperienza riscontrata nei distretti di **Kondoa e Chemba** mostra come tale attenzione sia legata alla consapevolezza dei rischi che l’abbandono scolastico, gravidanze indesiderate (77,8%), violenze (48,7%) e abusi (46%) nei confronti di giovani ragazze determinano per il loro futuro. Il progetto, in collaborazione con il Consiglio distrettuale di Kondoa, ha dunque sostenuto l’organizzazione di sessioni di salute sessuale e riproduttiva in sei scuole secondarie locali situate nelle aree di riferimento delle strutture supportate dal progetto. Le autorità sanitarie distrettuali, in collaborazione con CMSR, hanno presentato dunque l’iniziativa nelle scuole e intervistato un campione di 180 studenti per valutare percezione e conoscenze in materia di HIV e salute sessuale e riproduttiva (SSR) e comprendere come garantire gestione e realizzazione ottimale del programma. Tale processo è stato fondamentale per definire i contenuti e la metodologia delle sessioni educative, poi condivisi e accettati dagli insegnanti di riferimento nel quadro del materiale formativo realizzato in collaborazione con università di Dodoma, che includono i seguenti moduli: 1. Crescita e sviluppo 2. Relazioni tra i sessi 3. Relazioni sessuali 4. Gravidanza 5. Relazioni sane 6. HIV/

The project component focused on conducting Sexual and Reproductive Health education and awareness-raising campaigns within the target areas represents a key element in the project strategy and received considerable attention and commitment from local authorities and community members. In Tanzania, experience of **Kondoa and Chemba** shows that this was mainly related to the general acknowledgement of the risks that school dropout, unexpected pregnancies (77.8%), violence (48.7%) and abuse (46%) towards young girls systematically produce on their future. The project in collaboration with Kondoa District Council established Sexual and Reproductive Health Education sessions using user learning friendly booklets in 6 selected secondary schools located in the targeted dispensaries’ catchment areas. The District Health Department, in cooperation with CMSR within the MATCH project introduced the initiative in the selected schools; The visiting team interviewed about 30 students from each school as key beneficiaries of the SRH awareness activity, using a self-administered questionnaire regarding their perception on SRH issues and how they would like the facilitation of the education programme on SRH in schools to be managed. This process was particularly crucial to define key SRH contents and methodology. SRH education contents were shared and accepted by the teachers involved, as well as the training materials consisting in user learning friendly booklets, published by Mkuki na

AIDS e le nuove generazioni 7. Droga e abuso di stupefacenti 8. Alcol e sigarette 9. Diritti sessuali e riproduttivi 10. Contraccezione 11. Malattie sessualmente trasmissibili 12. Albinismo 13. Adolescenza e convivenza positiva con HIV/AIDS.

Il programma educativo è stato supportato dall'introduzione e proiezione di appositi video informativi suggeriti dalle stesse insegnanti e si è dimostrato estremamente efficace nel veicolare informazioni puntuali e corrette su temi relativi a prevenzione, cura dell'HIV e salute sessuale.

In **Sudafrica**, in virtù della sinergia creatasi con l'ONG partner locale SPF, sono stati riscontrati risultati particolarmente soddisfacenti e interessanti. SPF ha infatti attribuito speciale importanza e centralità al tema, gestendo in modo particolarmente strutturato tale componente nel quadro del programma di più ampio respiro denominato Bright Futures. L'iniziativa ha coinvolto 28 scuole facenti capo al Sub-distretto di Qaukeni, promuovendo la formazione di insegnanti e specifiche figure poi incaricate di condurre incontri educativi periodici nelle scuole. L'esperienza ha riscosso un apprezzamento tale da spingere la direzione delle scuole coinvolte a continuare, replicare ed istituzionalizzare il programma autonomamente, dopo la firma di appositi accordi. Il curriculum formativo è suddiviso in numerosi moduli incentrati su temi quali pubertà, contraccezione, relazioni familiari, diritti sessuali, prevenzione HIV; ad essi si affianca inoltre un programma di orientamento post-scolastico in merito a possibilità e prospettive future, particolarmente rilevante in un contesto, come quello in oggetto, caratterizzato da diffusa disoccupazione e scarsità di opportunità d'impiego. Sulla scia del programma, in ogni scuola sono inoltre stati creati dei "Bright Futures Clubs", gruppi di ascolto e counseling che rappresentano uno spazio sicuro, privato e confidenziale per gli studenti che possono in tal modo esprimersi e parlare con libertà e sicurezza dei propri problemi.

La combinazione di questi interventi ha favorito la registrazione di risultati importanti, manifestatisi contemporaneamente in una riduzione del 50% del tasso di abbandono scolastico e del numero di gravidanze indesiderate. La conoscenza delle ragazze in termini di salute sessuale e riproduttiva ha migliorato la loro propensione a ricorrere a cure e assistenza medica e diminuito l'attitudine a rapporti sessuali non protetti.

Nyota Publishers and distributed in Dodoma by TPH Bookshop at University of Dodoma. Their contents include:

1. Growing up 2. Male-Female Relationships 3. Sexual Relations 4. Pregnancy 5. Healthy Relations 6. HIV/AIDS and the New Generation 7. Drugs and Drug Abuse 8. Alcohol and Cigarettes 9. Reproductive Rights 10. Condom 11. STIs 12. Albinos, Their Families and Friends 13. Young and Living Positively with HIV/AIDS. The training programme was supported by introduction and projections of educational videos suggested by the same teachers. The overall programme demonstrated to be a key factor to promote prevention and the circulation of correct information, as well as to support the families participation. In **South Africa**, the synergy with the local partner NGO Small Projects Foundation produced extremely satisfying and interesting results. Particular relevance was in fact accorded to this specific action, by structuring it in the framework of the wider Bright Futures Programme. It involved a total of 28 secondary schools in the Qaukeni area, promoting training of specific educators afterwards tasked of realizing periodical educational sessions in the involved schools. The experience gathered widespread approval, leading involved school authorities to replicate and institutionalize the programme after signing specific agreements.

The Bright Futures training curriculum is divided into several modules centred upon topics such as puberty, contraception, family relations, sexual and reproductive health rights, HIV prevention; a further programme was moreover introduced in order to orientate students about post-diploma work opportunities, an issue whose relevance is growing given the reduced employment opportunities in the area. In the wake of the programme's success, "Bright Futures Clubs" were furthermore created in each involved school as support and counselling spaces providing a safe and confidential environment for students to have a chance to express their problems and be assisted. The combination of these actions favoured remarkable results, clearly revealed by the up to 50% reduction in the school dropout rates for girls and reduction by up to 50% in unexpected teenage pregnancy rates in participating schools. The project has improved girls' knowledge of sexual and reproductive health and their rights and led to increased health seeking behaviour by girls in accessing clinic sexual and reproductive health services and decreased unprotected sex.

Projet MATCH – Vue d'ensemble

Le projet “Maternal and child health. Local authorities and decentralization of services in the SADC area- MATCH ” a représenté, à l’égard des objectifs antéposés et des résultats atteints, une contribution importante pour l’amélioration des niveaux de qualité et de couverture des services sanitaires destinés aux mères et aux enfants infectés par ou exposés au virus de l’immunodéficience humaine (VIH/Sida) dans trois régions de l’Afrique sub-saharienne, la Ville de Kananga en République Démocratique du Congo, les districts de Dodoma et Chemba en Tanzanie et le District d’Or Tambo en Afrique du Sud, contextes où les conséquences de l’épidémie VIH sont encore lourdes.

L’intérêt principal de l’intervention est centré sur la prévention de la transmission du virus de la mère à l’enfant (PTME), en s’axant sur quatre aspects fondamentaux: renforcement des capacités des autorités locales compétentes et du personnel sanitaire local; assistance technique et fonctionnelle pour les établissements sanitaires de base dans l’exercice de leurs fonctions; sensibilisation des communautés bénéficiaires et renforcement des organisations communautaires.

Le projet a évolué dans le sillage du Global Plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive¹ lancé par l’ONU en 2011, et visant à une réduction de 90% des nouvelles infections par le VIH parmi les enfants et de 50% des décès maternels dus au virus dans 22 pays d’ici à 2015. Il requiert une approche “intégrée” à la prévention basée sur quatre piliers:



Prévention des nouvelles infections par le VIH parmi les femmes en âge de procréer



Prévention des grossesses non désirées parmi les femmes séropositives



Prévention de la transmission du VIH des femmes séropositives à leurs enfants



Soins, traitement et soutien pour les femmes séropositives et leurs familles

1– Plan mondial pour l’éliminer les nouvelles infections par le VIH parmi les enfants d’ici à 2015 et maintenir leurs mères en vie.

Dans le cadre du troisième pilier, le continuum de services pour prévenir la transmission mère-enfant vise à assurer un soutien continu, de la période prénatale jusqu'à l'après-accouchement, en considérant le couple mère-enfant comme une entité "unique" qui a besoin de l'assistance et de l'aide prolongées à partir du troisième mois de grossesse jusqu'au 18^{ème} mois de la vie du nouveau-né.

En parallèle, l'OMS a élaboré et publié des lignes directrices spécifiques sur l'utilisation des

médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH. En 2012, dans le sillage des bons résultats observés dans certains pays de l'Afrique sub-saharienne, l'OMS a incité à l'adoption de l'Option B+, basée sur l'initiation du traitement ARV pour la vie quel que soit le niveau de CD4 de la femme.

Logique d'intervention et objectifs

Le projet MATCH vise à répondre au défi posé par l'OMS en concentrant ses efforts principalement sur le troisième pilier - prévention de la transmission à travers le renforcement de l'octroi de traitements antirétroviraux pendant la grossesse et l'allaitement – et partialement sur le quatrième – traitement, soins et soutien pour les mères infectées par le VIH et leurs familles - dans les zones les plus pauvres et rurales de trois pays prioritaires. La traduction opérationnelle de cette stratégie a consisté en un soutien technique, fonctionnel et de gestion par rapport aux structures de santé locales chargées de fournir des services de PTME, en renforçant la prise en charge et le traitement du couple mère-enfant, autant que la participation des communautés et des partenaires de sexe masculin dans des activités d'éducation et de sensibilisation sur la prévention et le traitement du VIH.

L'initiative, financée par la Commission européenne en 2010 pour une période de 42 mois, a été promue et coordonnée par la Région Toscana qui a profité de l'expertise technique du Centro per la Salute Globale, en activant une série de partenariats institutionnels - la Municipalité du District d'Or Tambo en Afrique du Sud, le Conseil du District de Kondoa en Tanzanie et la Ville de Kananga en RDC – et opérationnels – avec les ONG COSPE, OXFAM ITALIA, CMSR et Small Projects Foundation (SPF) – pour la réalisation et la coordination sur le terrain des activités du projet.

La logique de conception répond à l'objectif global de réduire le taux de la mortalité et l'incidence de l'infection par le VIH dans les zones rurales à travers la promotion du rôle des autorités locales dans la réduction de la pauvreté et l'amélioration de la qualité des services de santé de base. L'objectif spécifique est de faciliter la prestation de services

sanitaires innovants en matière de traitement antirétroviral et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les zones rurales des trois pays intéressés.

À la suite des objectifs fixés, les principaux résultats attendus sont: A) l'amélioration de la capacité des autorités locales dans les procès de planification et dans la prestation des services; B) l'amélioration de la qualité des services de santé grâce à l'engagement des communautés locales et à l'intégration des services de soin prénatal, de dépistage du VIH et de conseil, de santé maternelle-infantile et de prévention de la transmission du VIH; C) un plus grand degré de sensibilisation et d'information des communautés locales sur le traitement et la prévention de la transmission du virus.

Les activités visant à atteindre ces résultats concernent donc d'une part le renforcement des compétences techniques et managériales du personnel des établissements sanitaires de base; d'autre part, la promotion de la participation de la société civile et des communautés locales au sujet de la prévention et du traitement du VIH.

Les domaines d'intervention du projet Match

Le projet MATCH, en vertu des différents contextes nationaux où il a été réalisé, a été structuré de manière à répondre aux diverses réalités socio-culturelles et aux défis et aux opportunités connexes, qui se sont présentés dans le processus de mise en œuvre.

Le choix de travailler dans des contextes et des pays à différents indices de sérum prévalence, en passant de situations avec des taux parmi les plus élevés du monde (comme l'Afrique du Sud), à d'autres où le VIH/Sida se trouve à un taux significativement plus faible, a représenté une valeur ajoutée, en permettant de rivaliser avec des problèmes de nature différente au fin de chercher des réponses déterminantes au défi de l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement du VIH.

La zone de référence du projet en Afrique du Sud est le district d'Or Tambo, dans la province du Cap oriental. La municipalité départementale est le partenaire institutionnel du projet en Afrique du Sud, tandis que le contexte local spécifique est représenté par le sous-district sanitaire de Qaukeni: sur un total de 20 cliniques dans la région, 13 ont été sélectionnées pour être impliquées dans le projet, au fin d'atteindre une population d'environ 240 000 personnes. Dans ce domaine, environ 70% de la population locale vit au dessous du seuil de pauvreté, et en 2012, 28,4% de la population a été jugé souffrir du syndrome VIH. L'Afrique du Sud a adhéré au Plan mondial de l'ONU mentionné précédemment, en adoptant le protocole basé sur l'option B+ en 2013, et en montrant une amélioration constante en termes de traitement et de prévention du VIH au niveau national, soutenue par les efforts visant à assurer un système efficace de décentralisation des services. Néanmoins, des grandes disparités persistent entre les différentes zones géographiques, exacerbées par la stigmatisation généralisée contre la maladie et par la récurrence fréquente d'agressions et de violences contre les femmes et les filles.

En Tanzanie, la zone d'intervention du projet est représentée par les districts de Kondoa et de Chemba, dans la région de Dodoma; 18 dispensaires sanitaires ont été impliqués dans le projet pour une population qui est d'environ 500 000 habitants.

Différemment que l'Afrique du Sud, la Tanzanie se caractérise par un taux de prévalence du VIH modéré - 5,7%, qui dans la zone ciblée est réduit à 0,3%. De plus que l'adhésion à l'option B+,

et conformément à la stratégie de conception, les nouvelles lignes directrices nationales sur la PTME mettent l'accent sur des éléments tels que la promotion de la décentralisation et l'intégration des services, l'adoption d'une approche centrée sur le patient et sur sa famille, le renforcement des agents de santé communautaires et des OSC. Les principales faiblesses dans ce domaine concernent le système de référence de clinique en CTC qui rehausse les difficultés dans le suivi et dans le contrôle de l'état des patients. L'absence fréquente d'instruments médicaux, y compris le dépistage du VIH, et la pénurie de ressources humaines comme les agents de santé communautaires, mal payés et peu motivés, est un autre problème, auquel la nouvelle stratégie nationale pour la PTME vise à répondre.

En République Démocratique du Congo, le contexte opérationnel du projet a été représenté par 30 Aires de Santé qui font partie de la Municipalité de Kananga, dans la région du Kasai occidental. La zone en question a été identifiée suite à la décision, appuyée par la Délégation européenne compétente, de modifier l'environnement opérationnel initialement indiqué dans la proposition du projet, c'est-à-dire la province du Nord-Kivu, en vertu de l'instabilité politique et des précaires conditions de sécurité locales.

Les données pour l'année 2013 indiquent un taux de prévalence du VIH dans la région du Kasai occidental égal à 5,3. Le contexte est caractérisé par l'insuffisance généralisée des services de santé offerts et par la grave pénurie de ressources et d'outils, en premier lieu dépistages du VIH et médicaments.

Le pays a adhéré au Plan mondial de l'ONU du 2011 et aux lignes directrices de l'OMS, en développant un programme national de lutte contre le VIH/Sida et un protocole pour la prévention de la transmission mère-enfant; les ressources consacrées à ces domaines, cependant, sont extrêmement limitées tant du point de vue de la quantité et la qualité, tout à fait insuffisantes pour répondre aux besoins de la population locale.

Garantir la réalisation et l'efficacité des résultats: Le plan de suivi & de l'évaluation du projet Match

L'importance des questions abordées par le projet, des ressources allouées et la complexité de la coordination et de la gouvernance de l'initiative sous tous ses aspects ont requis le développement d'un plan détaillé pour le suivi et l'évaluation au fin de faciliter la gestion et le contrôle des diverses activités aux différents niveaux et pour permettre en suite de capitaliser sur les leçons apprises en créant un modèle partagé pour la mise à l'échelle de l'initiative. Il a été conçu et finalisé par une équipe de suivi et d'évaluation spécialement formée, qui a préparé aussi des outils et des procédures standard, donc utilisables dans les trois différents contextes nationaux et capables de fournir des données et des informations facilement comparables. Le plan prévoit notamment:

1– la surveillance périodique de la mise en œuvre effective des activités prévues par le personnel interne au projet; 2– un processus d'évaluation continu, à travers deux missions d'évaluation - une évaluation intermédiaire et une finale - menées par un expert externe 3– un contrôle périodique de la qualité et de la pertinence des services de santé fournis par les cliniques soutenues par le projet, réalisé avec la participation active du personnel des cliniques.

Cette dernière composante a été la clé de l'analyse et de l'évaluation des résultats atteints grâce au projet; à travers une comparaison des données et des indicateurs recueillis au cours des 42 mois a été donc possible de faire le point sur les améliorations apportées dans les différents contextes et sur les questions à se concentrer à l'avenir.

Résultats

Le suivi de la performance des activités du projet autant que de la qualité et de la capacité en termes de fourniture par les cliniques de services sanitaires liés à la PTME, a été mené, en Afrique du Sud et en Tanzanie, sur la base d'une grille d'évaluation conçue pour illustrer les tendances et les dynamiques impliquées parmi un échantillon de structures appuyées par le projet (quatre cliniques en Afrique du Sud et 18 dispensaires tanzaniens).

L'équipe de suivi et d'évaluation a ensuite analysé les données mensuelles sur les cliniques de 2011 à 2014, pour vérifier la réalisation effective des résultats attendus à partir de la ligne de base établie au début de 2011.

Dans la première section d'indicateurs, relatifs à la prise en charge et au suivi des femmes enceintes, une amélioration significative a été trouvée en Tanzanie dans les pourcentages de femmes qui ont exploité les établissements de santé pour des soins prénatals, pourcentages qui sont passés de 91% à 101% (dépassant ainsi les estimations des grossesses attendues pour la population desservie par la structure), également des valeurs supérieures à 100% ont été enregistrées en Afrique du Sud depuis 2011 (V. figure 1, chapitre 4). Plus modestes, mais en constante amélioration, les résultats au sujet de

l'âge gestationnel de la première visite prénatale: le nombre de femmes enceintes qui s'adressent à la clinique pour la première visite dans les 20 semaines a augmenté de 27 à 39% en Afrique du Sud; en Tanzanie - où la limite est de 16 semaines - de 26 à 47%, enregistrant toutefois une inflexion significative en 2014 en suite à la réduction de l'indice de 16 à 12 semaines. Le troisième indicateur, relatif à la couverture du dépistage du VIH pour les femmes enceintes, a augmenté de 71,4 à 82% en Tanzanie avant de tomber à 67% en Tanzanie dans le cadre d'une rupture du stock d'outils et de tests dans le pays, en Afrique du Sud, toutefois, le protocole HCT en vigueur prévoit que toutes les femmes qui se rendent à la clinique pour des soins prénatals soient testées et reçoivent du conseil, en cas qu'elles ne soient déjà au courant de leur état.

Les tendances de la prévalence du VIH ont chuté de 21 à 15,9% en Afrique du Sud et de 0,8 à 0,4% en Tanzanie, donc en même temps montrant des résultats significatifs malgré les différences profondes entre les deux contextes.

Tant en Afrique du Sud et en Tanzanie, les politiques mises en place pour promouvoir la PTME et l'efficacité de la thérapie dans le traitement des mères, soutenues par le projet MATCH, donnent de

bons résultats visibles à la fois en termes de couverture de la prophylaxie (de 92,9 à 100% en Tanzanie, de 66 à 90,4% en Afrique du Sud) et en termes de traitements antirétroviraux (de 25 à 100% en Tanzanie et de 34,9 à 90,4% en Afrique du Sud).

La deuxième catégorie d'indicateurs, concernant le traitement et le suivi des enfants (voir les figures 7, 8, 9, chap. 4), montre une amélioration satisfaisante de la couverture de la prophylaxie ARV visant à prévenir la transmission dans les deux pays (avec une augmentation de 54,7 à 92% en Afrique du Sud et de 0 à 50% en Tanzanie) et de l'accès au diagnostic précoce (de 0 à 60% en Tanzanie, de 55,3 à 87% en Afrique du Sud). Les améliorations les plus notables, cependant, ont été enregistrées par rapport à la couverture du traitement antirétroviral pour les enfants nés, malheureusement, avec le VIH, avec des pics de 100% en 2014, en laissant ainsi des vastes espoirs pour une éradication progressive de l'épidémie par les deux pays dans les prochaines années.

Les différences les plus notables entre les deux pays ont affleuré, au fil des ans, de l'analyse des activités et des résultats au sujet de l'implication des partenaires masculins. Il s'agit d'un domaine qui, tout épineux et controversé qu'il est dans les deux pays, compte tenu du poids de la culture et des costumes traditionnels, a cependant connu des développements très différents. En Afrique du Sud ni les données relatives à l'accompagnement dans les cliniques des mères et des femmes enceintes, ni celles relatives à la soumission au dépistage par les copains ont enregistré des développements notables, malgré les tentatives de mobilisation et d'engagement. En Tanzanie, au contraire, la population masculine s'est avérée plus malléable et ouverte, tant pour l'accompagnement de ses copines (une augmentation de 34,7 à 53,4%) et surtout, par rapport à la volonté de subir le dépistage du VIH (de 47,6 à 71%). Des informations plus détaillées sur ce volet sont indiquées dans la section sur les enseignements tirés.

En République Démocratique du Congo, en vertu du contexte extrêmement faible et instable, du niveau bas en termes de décentralisation des services et de la presque manquante application de procédures et de protocoles relatifs à la PTME, la composante du suivi et de l'évaluation a mis l'accent sur l'analyse des activités menées par rapport aux résultats attendus.

La composante qui vise à accroître la participation et l'activation des institutions politiques locales a apporté des résultats importants; 202 personnes, dont des membres de l'Assemblée provinciale, des gestionnaires, des responsables d'entités décentralisées et des chefs traditionnels ont assisté à des séances d'information et de travail sur à propos des politiques, stratégies et programmes de lutte contre la transmission du VIH, donnant vie à des initiatives de plaidoyer qui ont facilité une approche, par exemple, entre le gouvernement et l'administration provinciale et le PNMLS, jusqu'au présent absolument ignoré.

Le renforcement des compétences du personnel sanitaire de base et des agents de santé communautaire, un autre élément clé de la stratégie du projet, a impliqué un total de 139 personnes qui ont produit des résultats remarquables; les compétences des bénéficiaires, selon des évaluations préliminaires et finales, ont été améliorées du point de vue de la qualité et la quantité.

Les activités visant à accroître le niveau de conscience et d'éducation sur les questions de VIH consistaient de campagnes de sensibilisation qui ont utilisé divers instruments – clubs de cinéma, théâtre, musique, émissions de radio, ateliers dans les écoles – pour transmettre des messages et des informations éducatifs sur les méthodes de prévention du VIH. Environ 174 000 personnes ont été touchées au total, grâce aussi au rôle important joué par les organisations de personnes séropositives et par les ASC préalablement formés

Enseignement tirés

La définition et la mise en œuvre des activités du projet dans les trois domaines d'intervention a examiné attentivement leurs caractéristiques et leurs particularités. La méthodologie participative basée sur le soutien et sur l'activité de réseau avec les acteurs et les institutions locaux a favorisé des échanges, des analyses et des comparaisons d'expériences particulièrement pertinentes qui se sont produites au cours de la mise en œuvre de l'initiative, et qui peuvent donc représenter des ressources importantes pour des pareilles interventions futures.

Les principaux enseignements tirés dans le cadre du projet concernent donc:

1– Soutien à la gouvernance et à la société civile : Afin de supporter le processus de décentralisation administrative et institutionnelle, le projet s'est concentré sur le renforcement et l'activation des compétences des cadres à différents niveaux – national, régional et local. En RDC, où les autorités apparaissent moins structurées en ce qui concerne la provision des services PTME, attention particulière a été assignée à la consolidation du rôle de la société civile locale et à la création de partenariat stratégiques.

2– Renforcement de l'utilisation du système d'information pour la surveillance et la planification des services: en Afrique du Sud et en Tanzanie, le projet a visé à accroître l'efficacité des systèmes de surveillance pour assurer une réponse adéquate aux besoins des populations locales, grâce à l'introduction d'outils ad hoc – comme Integrated Register et Balanced Scorecards, fondamentaux pour analyser la qualité et la performance des services, autant que pour mettre en place et planifier l'organisation des structures et pour en suivre l'évolution.

3– Amélioration et simplification du système de référence: la faiblesse des systèmes de référence en Afrique du Sud et en Tanzanie, qui implique la «perte» au contrôle de nombreux patients, a exigé l'introduction en cours de corrections spécifiques; une attention particulière a été accordée puis à la création de formes d'orientation et d'un système de référence qui facilite la communication et la redirection des patients entre les différents niveaux du système et entre les établissements appartenant au même niveau.

4– Renforcement du rôle des ASC: dans les trois pays intéressés, l'identification, la formation et l'activation des ASC a été un facteur décisif dans l'amélioration du niveau et de la qualité des services de santé offerts, dans la réduction de la charge de travail du réduit personnel des structures, dans l'engagement, l'éducation et l'activation des communautés grâce aux origines communes et dans l'offre de soutien et d'assistance aux femmes, aux personnes malades et à leurs familles. Leur travail a été estimé, ce qui a permis de renforcer en conséquence leur motivation.

5– Traçage et suivi individuel des patients: le système par SMS en Tanzanie et le programme de sensibilisation/Outreach en Afrique du Sud. Dans les pays qui ont connu large propagation du VIH, les efforts visant à assurer l'accès aux traitements antirétroviraux ont été accompagnés par le problème de la

diminution de l'observance du traitement, en raison de facteurs géographiques (distance des cliniques), économiques (pauvreté généralisée) et sociaux (stigmatisation et discrimination). Les systèmes mis en place en Tanzanie et Afrique du Sud visaient donc à éviter la survenue de ces problèmes en atteignant les personnes dans leurs maisons, et en assurant du respect de la vie privée et de la confidentialité.

6– Le système du Health Clinic Auditing pour l'amélioration de la gestion des patients en Afrique du Sud: en vertu du nombre élevé de personnes infectées par le VIH et des difficultés à contrôler et à surveiller leur état de santé et d'observance, le projet en Afrique du Sud a mis en place un travail de «nettoyage» et de réorganisation des registres et des dossiers des patients. Cela a été suivi par une définition de listes de contrôle hebdomadaires, pour permettre aux ASC de rechercher immédiatement le patient s'il n'était pas présent aux visites de contrôle.

7– Engagement des partenaires masculins: en Tanzanie les efforts pour acquérir une plus grande participation des copains ont apporté des résultats satisfaisants, grâce à l'implication des autorités et des chefs traditionnels, à la sensibilisation et à l'introduction de procédures préférentielles au profit des couples. De même, en RDC, les campagnes de sensibilisation et l'autorité des chefs locaux ont stimulé de nombreux jeunes hommes à une plus grande participation et à se prêter au dépistage. En Afrique du Sud, cependant, beaucoup plus fortes résistances socioculturelles ont sérieusement réduit l'impact de cette composante; une ouverture partielle n'a été enregistrée que pendant les sessions de sensibilisation/Outreach, ce qui indique que la population masculine peut être approchée dans ce pays seulement avec la garantie du respect de la vie privée et de la confidentialité absolue.

8– Les programmes d'éducation formelle: les initiatives d'engagement, d'éducation et de sensibilisation dans les écoles ont produit des résultats importants, d'une part grâce aux méthodologies participatives et interactives utilisées, et d'autre part grâce à la participation continue des autorités et du personnel scolaire. En Afrique du Sud, une attention particulière a été placée sur des questions telles que la réduction de l'abandon scolaire précoce des filles après des grossesses non désirées, qui représentent la principale cause du décrochage scolaire.



Ringraziamenti / A special thank to

Si ringraziano tutte le persone che hanno contribuito, in modo fondamentale, alla realizzazione della presente pubblicazione, in particolare:

I funzionari delle istituzioni e autorità partner africane del progetto: OR Tambo District Municipality, Kondo District Council, Ville de Kananga

I funzionari delle istituzioni e organizzazioni che hanno prestato supporto e collaborazione nel corso della realizzazione del progetto: il Sub Distretto sanitario di Qaukeni, il Local AIDS Council di Quakeni, Ingquza Hill Local Municipality, i District Medical Officers e il loro personale, il PNMLS, UCOP +, lo staff sanitario dei dispensari e delle cliniche, i CHW dei villaggi coinvolti, gli studenti, gli insegnanti e i genitori delle scuole e dei centri giovanili coinvolti

I collaboratori del Centro di Salute Globale della Regione Toscana: Maria José Caldés Pinilla, Michele De Luca, Nicole Mascia, Vieri Lastrucci

I collaboratori di Oxfam Italia: Sara Albiani, Adele Amato, Sibilla Filippi, Monica Mgoboza, Zandisiwe Ngoma, Antonio Mangia, Riccardo Riccardi, Samuele Silva, Silvia Testi

I collaboratori di CMSR: Mohammed Iddi, Martina Luisi, Francis Manghundi, George Manyonga, Ali Mbarouk, Richard Ntahonsigaye, Josephine Pamilla

I collaboratori di Cospes: Giorgio Menchini, Claudio Russo

I collaboratori di Small Projects Foundation: Paul Chromhout, Rose Ewing, Mandisa Gxumisa, Tinus Jacobsz, Shiyiwe Mbaligontsi

Daniela Ambrosi per l'attività di monitoraggio scientifico. Elena Como e Dario Marmo per la valutazione esterna del progetto.

All of the people who have fundamentally contributed to the realization of this publication, in particular:

The officials of the African partner institutions involved in the project: OR Tambo District Municipality, Kondo District Council, Ville de Kananga

The officials of the institutions and organizations that have supported and collaborated in the project implementation: Qaukeni Health Sub-district, Qaukeni Local AIDS Council, Ingquza Hill Local Municipality, the District Medical Officers and their personnel, the PNMLS, UCOP +, the dispensaries and clinics' health staff and the CHWs of the villages involved, the students, teachers and parents of the schools and youth centers involved

The staff of the Global Health Center of the Region of Tuscany: Maria José Caldés Pinilla, Michele De Luca, Nicole Mascia, Vieri Lastrucci

The staff of Oxfam Italia: Sara Albiani, Adele Amato, Sibilla Filippi, Monica Mgoboza, Zandisiwe Ngoma, Antonio Mangia, Riccardo Riccardi, Samuele Silva, Silvia Testi

The staff of CMSR: Mohammed Iddi, Martina Luisi, Francis Manghundi, George Manyonga, Ali Mbarouk, Richard Ntahonsigaye, Josephine Pamilla

The staff of Cospes: Giorgio Menchini, Claudio Russo

The staff of SPF: Paul Chromhout, Rose Ewing, Mandisa Gxumisa, Tinus Jacobsz, Shiyiwe Mbaligontsi

Daniela Ambrosi for the scientific monitoring. Elena Como and Dario Marmo for the external evaluation of the project.

Crediti / Credits

Impostazione e progetto a cura di / Structure and concept by
Sara Albiani, Daniela Ambrosi, Giorgio Menchini

Editing dell'opera a cura di / Editing by
Sara Albiani, Adele Amato, Giorgio Menchini

Elaborazione dati a cura di / Data processing by
Adele Amato, Daniela Ambrosi, Paul Cromhout,
Giorgio Menchini

Coordinamento editoriale / Editing coordination by
Sara Albiani

Supporto al coordinamento editoriale e documentazione
Support to the editing coordination and documentary
research
David Meseguer

Foto di Copertina / Cover Photo
Rossana Marra / Oxfam Italia
OR Tambo, Eastern Cape, South Africa

Foto / Photos
Adele Amato, Daniela Ambrosi, Giada Connestari, Sibilla
Filippi, Antonio Mangia, Rossana Marra, Andrea Micheli,
Richard Ntahonsigaye, Elisha Thompson.

Ideazione Grafica / Graphic concept
Lamosca

Grafica e Impaginazione / Graphics and layout
Lamosca

Traduzione / Translation
Adele Amato (Inglese / English)
Chiara Ronchetti (Francese / French)

Stampa / Printing
Nova Era Barcelona

Marzo 2015

La presente pubblicazione è stata elaborata con il sostegno dell'Unione Europea. Il contenuto della stessa è responsabilità di Regione Toscana, Oxfam Italia, Cospe e CMSR e non può essere in nessun caso considerato come espressione del punto di vista dell'Unione Europea.

This publication has been produced with the assistance of the European Union. The contents of this publication is the sole responsibility of the Region of Tuscany, Oxfam Italia, Cospe and CMSR and can in no way be taken to reflect the views of the European Union.





Rossana Marra / Oxfam Italia
OR Tambo, Eastern Cape, South Africa

The Match project is funded by
the European Union



and implemented by the Region
of Tuscany



in partnership with:

