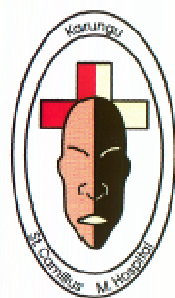


ST. CAMILLUS MISSION HOSPITAL

CLINICA ART

P.O BOX 119 – 40401 KARUNGU

www.karungu.net



PROGETTO ART CRS



RAPPORTO ANNUALE

Marzo 2007 – Febbraio 2008

INTRODUZIONE

L'ospedale missionario San Camillo si trova sulle sponde del lago Vittoria, nella divisione di Karungu, distretto di Migori, provincia di Nyanza, Kenya. Il complesso è nato da un'idea della Comunità Camilliana, stabilitasi a Karungu nel 1997. Il San Camillo ospita e sostiene diversi servizi e progetti focalizzati sulla comunità locale: oltre all'ospedale, c'è la clinica ART (*Anti Retroviral Therapy* = Terapia Anti Retrovirale), i gruppi Hope&Life ed Awake, le case-famiglia, il programma pastorale, iniziative di sostegno agricolo per la comunità, scuole primarie e secondarie etc.

Il progetto ART è stato incorporato in questa struttura nell'agosto 2004 con l'obiettivo principale di trattare e prendersi cura di coloro che hanno contratto il virus mortale dell'HIV/AIDS. Il fatto di essere un posto di transito, trovandosi vicino al confine con Tanzania e Uganda, insieme alla libertà sessuale dei pescatori che frequentano le sue coste, ha reso questa zona e i suoi residenti particolarmente esposti al virus dell'HIV.



Fig: 1. L'isola di pescatori Aluru vista dall'ospedale San Camillo

Questo progetto è finanziato dal progetto americano PEPFAR (*Presidential Emergency Program for AIDS Relief* = Programma Presidenziale di Soccorso per l'Emergenza AIDS) attraverso il CRS-Kenya. (*Catholic Relief Service* = Servizio di Soccorso Cattolico). L'anno di finanziamento va da marzo a febbraio. Di base operiamo nei distretti di Migori e Suba (in particolare nella zona meridionale della divisione di Gwassi). A causa dell'aumento delle richieste per questo servizio così importante, abbiamo esteso il nostro raggio d'azione a due divisioni del distretto di Homa Bay e all'intera divisione di Gwassi. Prima della fine di ogni anno finanziario, lo staff stabilisce come procedere l'anno seguente per quanto riguarda il target, le risorse umane necessarie e le attività sulla comunità.

1. ILLUSTRAZIONE del QUARTO ANNO (Marzo 2007 – Febbraio 2008)

- **Target e quantità previsti:**

CATEGORIA DI PAZIENTI	MESE		TOTALE QUARTO ANNO	
	In preparazione per ART	In ART	In preparazione per ART	In ART
ADULTI	90	55	1.080	660
BAMBINI (< 14 ANNI)	13,5	8,25	162	99

- **Risorse Umane:**

STAFF MANCANTE	QUANTITA'
1. Assistente sociale	1
2. Infermieri	4
3. Farmacisti	2
4. Dottore	1
5. Informatico	1
6. Contabile	1
7. Laboratorista	1

- **Attività con la Comunità:**

1. Nel quarto anno sono stati proposti degli incontri con altre organizzazioni che potrebbero collaborare con noi, per cercare nuovi modi con cui soddisfare le esigenze dei nostri pazienti, in quanto il progetto ART si propone di aiutare le persone sotto diversi aspetti. Tra i possibili collaboratori figurano le case-famiglia, il Governo del Kenya e altre associazioni che aiutano la comunità, come World Vision.
2. Abbiamo fatto formazione al Gruppo di Sostegno nei Pazienti. Questa attività si è rivelata fondamentale perché aiuta le persone a capire come funziona la terapia e la sua importanza.
3. Ogni mese abbiamo valutato e preparato circa 60 pazienti, suddivisi per “classi di aderenza”, prima di introdurli alla terapia vera e propria.
4. Il PCM (*Project Management Committee* = Comitato di Gestione del Progetto) è un'unità costituita dal progetto che include opinion leaders della comunità i quali sovrintendono le nostre attività e danno preziosi consigli su come procedere, durante gli incontri che sono stati organizzati periodicamente.
5. Abbiamo svolto incontri mensili con i CHV (*Community Health Volunteers* = Volontari Sanitari della Comunità).
6. Abbiamo partecipato alla Giornata Mondiale dell'AIDS.
7. Abbiamo svolto attività di routine quali visite a domicilio e follow up dei pazienti in terapia.

2. GESTIONE del PROGETTO e PRESTAZIONI SVOLTE

Ogni anno il numero dei pazienti coinvolti nel progetto è aumentato. Questo fatto ha richiesto l'instaurazione di un sistema preciso di gestione del progetto, per assicurare alla comunità un servizio efficiente e duraturo, che porti risultati concreti. Ecco come abbiamo gestito i diversi settori del progetto, divisi in: Risorse Umane, Attività con la Comunità, Infrastrutture e Statistiche.

2.1. RISORSE UMANE

Assunzione dello staff

Due eventi hanno influenzato il nostro bisogno di assumere nuovo personale. Uno è stato l'aumento del numero di pazienti coinvolti, visto che abbiamo anche esteso l'area geografica di cui ci occupiamo. Il secondo elemento è stata la necessità di rimpiazzare parte del personale che ha dato le dimissioni. Quest'anno sono state assunte le seguenti figure professionali:

- Infermieri 2
- Assistenti sociali 3
- Farmacisti 2
- Clinical Officers 2
- Aiuto infermiera 1
- Autista 1
- Cordinatore 1

Capacità e competenze dello staff



Fig: 2. Lo staff dell'ART in una sessione interna di formazione

Buona parte del nostro personale ha beneficiato di corsi di formazione, sia interna che esterna, offerta da AIDSRelief e dal Governo del Kenya. Il nostro grazie va anche al direttore dell'ospedale, padre Emilio, che ha capito l'importanza di una continua preparazione e ha sempre acconsentito a questi corsi.

Nel quarto anno di progetto, il nostro personale ha partecipato ai seguenti corsi di formazione:

	CORSO	DATA	LUOGO	PARTECIPANTE
1.	Gestione di ART per assistenti sanitari nel fornire cura di salute primaria	28 gen. – 3 feb. 2007	PCEA – Nairobi	Samson Opiyo
2.	FBP (<i>Food by Prescription</i> = Alimentazione prescritta)	19 – 20 aprile 2007	Ukweli – Kisumu	Siso, Wandigu, Cheledi, Paul Oganga, Merceline Kwelu.
3.	Formazione infermieristica su HIV/ART	25 mar. – 6 apr. 2007	AIC-Kijabe	Benter Polo
4.	Gestione di HIV/AIDS e situazioni correlate	22 – 28 aprile 2007	PCEA – Nairobi	Lavender Ogallo
5.	Formazione infermieristica su HIV/ART	7 – 19 maggio 2007	AIC-Kijabe	Linet Mboya
6.	Amministrazione ospedaliera	5 – 12 maggio 2007	PCEA – Nairobi	Dr. Bertha & Benter
7.	Educazione medica	8 – 9 giugno 2007	Ukweli – Kisumu	George, Patrick, Dr. Bertha, Nyagilo, Samwel Oyugi, Obillo
8.	Piani strategici per servizi sanitari	3 – 9 giugno 2007	Rosa Mystica – Nairobi	Dr. Bertha & Patrick Alando
9.	Formazione infermieristica pediatrica per Clinical Officer	4 – 16 giugno 2007	AIC-Kijabe	Raphael O. On'garo
10.	Formazione infermieristica su HIV/ART	2 – 14 giugno 2007	AIC-Kijabe	Samwel Oyugi
11.	Gestione di farmacia ART	5 – 11 agosto 2007	PCEA – Nairobi	Lillian Wandigu
12.	Controllo laboratorio HIV/AIDS	19 – 24 agosto 2007	PCEA – Nairobi	Cleophas Marita

13.	Formazione infermieristica su HIV/ART	20 ago – 7 set. 2007	AIC-Kijabe	Lewis Oriema
14.	Dipartimento professionale	22 settembre 2007	Ukweli – Kisumu	Grace Cheledi, Benter Polo, Obillo Meshack, George Ochieng, Charles Ogada.
15.	Gestione clinica pediatrica	22 – 26 ottobre 2007	PCEA – Nairobi	Samwel Oyugi
16.	Creare iniziative di test e consulenza	22 – 26 ottobre 2007	AID – Kisumu	Derrick Kaoga
17.	Finanza e conformità economica	12 – 14 novembre 2007	K.Milimani – Nairobi	Obillo Meshack George Ochieng
18.	Consulenza psicosociale per bambini e adolescenti con HIV	21 – 30 novembre 2007	Jumuia Centre – Limuru	Benter Polo

Inoltre, sono stati organizzati sei corsi ITA (*Internal Technical Assistance* = Assistenza Tecnica Interna) dall'AIDSRelief: un modo per risparmiare tempo e denaro.

Problematiche

Quest'anno abbiamo assistito alle dimissioni del nostro coordinatore di progetto, Patrick Alando, in carica dal 2004. In seguito alla sua decisione, anche lo staff sotto menzionato ha lasciato il progetto:

NOME	ANNO DI ASSUNZIONE	QUALIFICA
1. David Siso	2004	Assistente sociale
2. Emily Nyagilo	2006	Clinical Officer
3. Grace Cheledi	2006	Clinical Officer
4. Lavender Ogallo	2006	Infermiera

Abbiamo cambiato il 20% del personale.

Stage

Il progetto e l'ospedale San Camillo sono ben disposti nei confronti di giovani che ottengono buoni risultati scolastici in campo sanitario e chiedono di svolgere un periodo di tirocinio presso le nostre strutture. Il beneficio è doppio: gli studenti hanno la possibilità di fare pratica, e il progetto potenzia il suo personale. Quest'anno si sono svolti i seguenti stage:

STUDENTE	COLLEGE	CORSO	SETTORE	PERIODO DI STAGE	VALUTAZIONE
1.Jackson Ochieng	Migori Inst.of Tech.&Meds Scs.	Salute della comunità	Comunità	1 mese	Non sempre autonomo nella pratica
2.Milka Atieno	Kisumu Polytechnics	Assistente sociale	Comunità	3 mesi	Sotto la media
3. Akungu Evans Otieno	Consolata Shrine Nbi.	Farmacia	Farmacia	3 mesi	Bene
4. Obora A. Maurine	Eldoret Cllg of Profnl Studies	Sviluppo comunitario e assistenza sociale	Comunità	3 mesi	Sopra la media
5. Beatrice A. Odira	Nakuru Medical Inst.	Farmacia	Farmacia	3 mesi	Bene
6. Irene Akinyi Ogallo	Moi Inst. Of Technology	Assistente sociale	Comunità	3 mesi	Bene
7. Beatrice A. Odede	Moi Inst. Of Technology	Sviluppo comunitario e assistenza sociale	Comunità	4 mesi	Molto bene

2.2. SERVIZI ai PAZIENTI e alla COMUNITA'

Questo aspetto è il fulcro del nostro progetto. Le nostre energie sono orientate in primo luogo nel servire i pazienti e la comunità, anche se talvolta le nostre aspettative sono state disattese. Ciononostante, ogni singolo risultato positivo sui nostri fruitori ci ha ampiamente ripagato dei nostri sforzi. E' in quest'ottica che anche quest'anno abbiamo portato avanti alcune attività e ne abbiamo introdotto di nuove. Le più importanti sono riportate di seguito, evidenziandone successi e difficoltà.

Pazienti coinvolti nella cura

Sono state attuate differenti modalità per coinvolgere un numero sempre maggiore di persone, con l'obiettivo di intervenire in modo tempestivo. In particolare, abbiamo fatto conoscere alle coppie il VCT, in modo da potenziare l'efficacia di questo servizio sul territorio. Inoltre, essendo inseriti in una struttura ospedaliera vera e propria, abbiamo esteso il nostro progetto anche tra i vari reparti del San Camillo, avvicinando i pazienti risultati positivi all'HIV/AIDS in seguito alla DCT (*Diagnostic Testing and Counseling* = Test e Consultazione Diagnostica).

Questioni pediatriche

Nel corso dell'anno abbiamo fatto formazione alla mamme e alle donne della zona durante forum e meeting di diverso tipo, indirizzandole al servizio PMTCT (*Prevention of Mother To Child Transmission* = Prevenzione della Trasmissione da Mamma a Bambino), e facendo loro conoscere la possibilità di testare il proprio bambino già a sei mesi, in modo da intervenire con gli antiretrovirali quanto prima, se necessario. Le nostre statistiche hanno dimostrato che il numero dei bambini coinvolti è aumentato notevolmente. Per questo il progetto ha deciso di dedicare un giorno a settimana, il mercoledì, alla visita delle mamme e dei loro figli, in modo da non mescolare questo target particolare con gli altri pazienti adulti. Il mercoledì un'infermiera competente svolge anche sessioni di educazione per queste donne, per migliorare l'aderenza alla cura e la gestione di bambini con particolare esigenze in quanto sieropositivi.

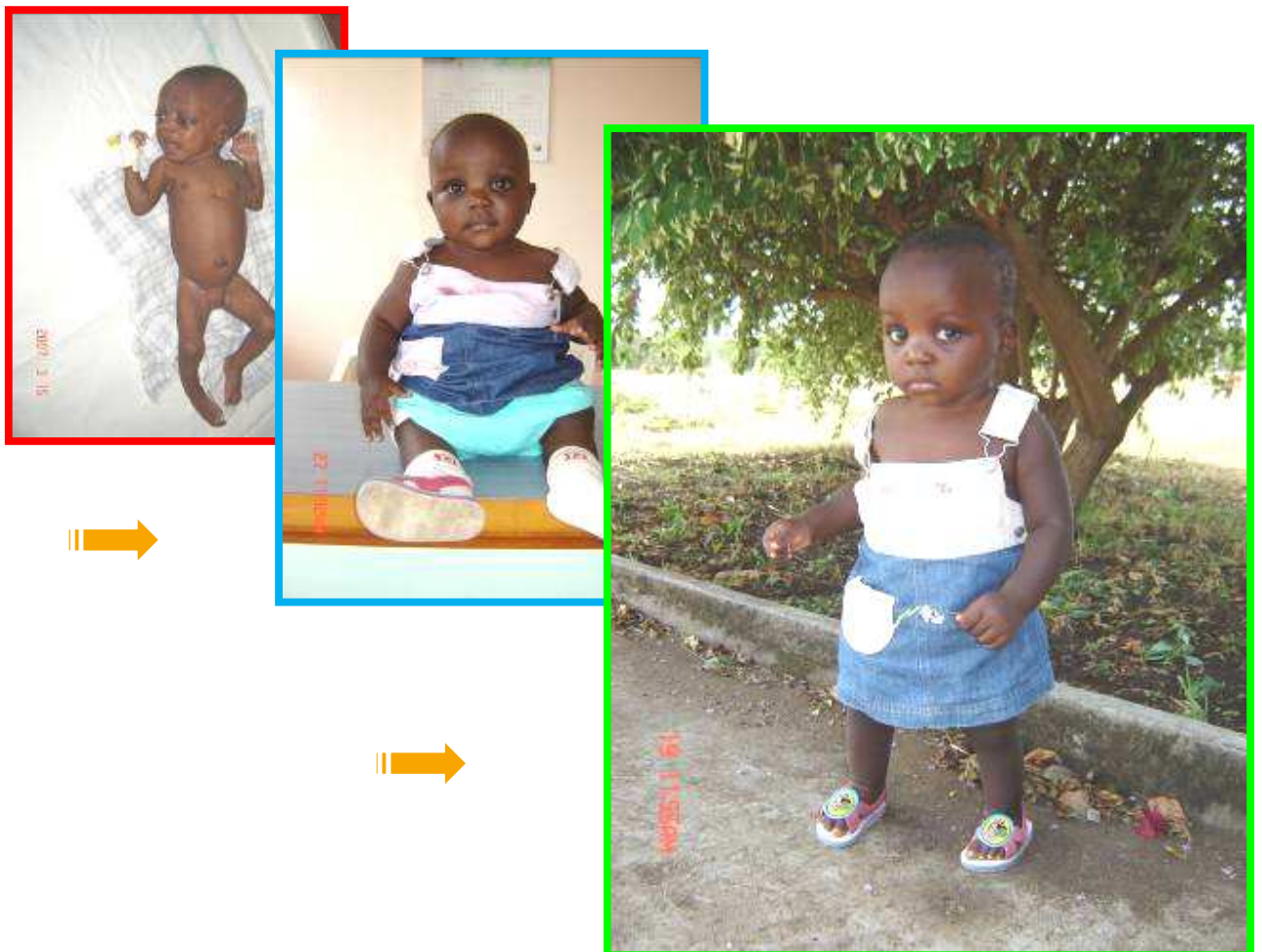


Fig: 3. Una testimone dei benefici della cura ART è la piccola Nelly, 15 mesi

Questa attività, tuttavia, presenta delle difficoltà. Prima di tutto, per molte donne accedere alle cure ospedaliere per il parto rappresenta un costo insostenibile. Questo ostacola la giusta somministrazione delle medicine necessarie per controllare la trasmissione mamma-bambino. Inoltre, molti bambini sono orfani, affidati alle cure della nonna, spesso anziana, indigente, e con una preparazione insufficiente a gestire una situazione così complessa. Tutto ciò incide negativamente sull'aderenza alla terapia dei piccoli pazienti.

PSG (Patient Support Group = Gruppo di Supporto dei Pazienti)

Questa iniziativa è nata nel secondo anno del progetto ed è una rete di pazienti che collaborano nel servizio controllando la loro reciproca aderenza alla terapia, e avviando attività di interdipendenza socio-economica con IGA (*Income Generating Activities* = Attività che Generano Guadagno). Nel 2007 i gruppi di supporti sono diventati 37 e operano nelle sei diverse divisioni della nostra area di interesse. Come avevamo già fatto in precedenza, anche quest'anno i membri dei vari gruppi sono stati appositamente formati in centri predisposti, per la durata di quattro giorni. Le lezioni vertevano soprattutto sulle pratiche migliori per avere una buona aderenza al trattamento. In particolare, quest'anno hanno potuto accedere ai corsi, per la prima volta da quando è stato avviato il progetto, 40 coppie in cui uno dei partner è sieropositivo, e 65 giovani. Inoltre, è stato fonte di grande soddisfazione scoprire che molti pazienti in cura presso altri centri hanno chiesto di essere inseriti nel nostro progetto per le dinamiche che instauriamo con la comunità. Aspetto, questo, che manca nei servizi offerti da altri programmi sul territorio.

Una difficoltà incontrata, invece, riguarda l'aspetto nutrizionale: molti pazienti prendono i farmaci ma non hanno di che cibarsi e quindi stiamo cercando il modo di sostenere anche a livello alimentare i beneficiari del nostro progetto, per lo meno i più bisognosi.



Fig:4. Formazione di Gruppo di Supporto

Attività dirette

Abbiamo due servizi direttamente collegati alla terapia dei pazienti, suddivisi in due temi chiave.

a. Visite a domicilio e follow-up:

Questo servizio è stato portato avanti con successo e ha ridotto, da un lato, il numero delle persone che abbandonano la terapia; e potenziato, dall'altro, la cura da parte di infermieri competenti dei nuovi pazienti, assistendoli nella delicata fase di inizio del trattamento.

b. Cliniche mobili:

Ogni mese abbiamo eseguito delle visite esterne, in posti prestabiliti, dove alcuni pazienti hanno ricevuto le medicine necessarie e un controllo medico di qualità, senza doversi recare di persona alla nostra struttura al San Camillo. Questo particolare servizio è nato con due obiettivi: ridurre i costi del viaggio per un certo numero di pazienti e decongestionare l'afflusso delle mamme alla nostra clinica. Il servizio è stato incrementato rispetto agli anni precedenti, quando operavamo in quattro località: in tre ci recavamo una volta al mese, mentre nella quarta svolgevamo due visite mensili. Nel quarto anno è stata creata una nuova clinica a Osani, nel distretto di Homa Bay, mentre a Onger e Kiasa le visite sono passate da una a due volte al mese. In totale, svolgiamo otto visite mensili in cinque differenti località. Tutto ciò è stato motivato dall'aumento delle persone coinvolte nel progetto e dal desiderio di migliorare la qualità del servizio offerto.



Fig: 5. Pazienti salutano i nostri operatori al dispensario di Kiasa

CHV (Community Health Volunteers = Volontari Sanitari della Comunità)

Si tratta di un gruppo di persone appositamente formate che affiancano il nostro staff nel fornire un servizio di qualità. Il loro compito è in primo luogo verificare l'aderenza alla terapia delle persone che vivono nei loro stessi villaggi. E' una prestazione della comunità per la comunità che queste persone svolgono in modo volontario e non retribuito, a eccezione di un compenso minimo di 400 scellini al mese (circa 4 euro) e di una bicicletta, di cui dispongono per facilitare i loro spostamenti. Attualmente sono 80 i CHV nella regione in cui operiamo, 10 di loro sono stati rimpiazzati di recente perché incompetenti. Questi volontari seguono continui aggiornamenti e una volta al mese si incontrano e redigono un rapporto sulle attività svolte. Alla fine di ogni anno, invece, si svolge un meeting particolare in cui i CHV vengono premiati per il loro lavoro con dei piccoli incentivi, ad esempio una maglietta, in modo da continuare a motivarli nelle proprie attività.



Fig.6: Un incontro mensile dei volontari

PMC (Project Management Committee = Commissione per la Gestione del Progetto)

Di prassi, i membri del nostro PMC si incontrano periodicamente per valutare l'andamento del progetto, e così hanno fatto anche quest'anno. Inoltre, con il loro intervento, una nuova CBO (*Community Based Organization = Organizzazione Basata sulla Comunità*) è stata registrata con il nome di *NaSuRa* (Nyatike, Suba, Ratanga) *ART Support Initiative*, nata per dedicarsi alla ricerca di fondi economici e di sostegno alimentare, inoltrando proposte di finanziamento a diverse organizzazioni per conto dei Gruppi di Supporto dei Pazienti del progetto.

Gestione del servizio durante la violenza post elettorale e inserimento di pazienti provenienti da altre regioni

Il nostro personale, quando il Kenya ha sperimentato la violenza politica scoppiata in seguito alle elezioni di fine dicembre, ha continuato a seguire i nostri pazienti. Inoltre, abbiamo assistito 29 nuovi pazienti in cura presso altri centri che in quel periodo non erano in grado di fornire le cure necessarie a causa della situazione di forte instabilità.

2.3. INFRASTRUTTURE



Fig.7: L'edificio che ospita la clinica ART al San Camillo

Grazie all'appoggio del direttore dell'ospedale, padre Emilio, ci siamo trasferiti in un locale più grande e più adatto al tipo di servizio che offriamo, con stanze divise per ogni singola attività. Inoltre, quest'anno il CRS ci ha fornito un'auto, che si è rivelato molto utile per le cliniche mobili. Il prossimo obiettivo è avere delle cliniche satellite fisse, con personale permanente, perché i nostri pazienti possano avere le cure vicino a casa.

2.4. STATISTICHE

I nostri tecnici informatici lavorano a pieno ritmo per gestire informazioni, analizzare i dati creare statistiche a favore dell'ospedale San Camillo, delle agenzie che si occupano di fund raising e del Governo del Kenya. Ecco la situazione alla fine dello scorso anno:

	Fine anno Uno (Feb. 2005)	Fine anno Due (Feb. 2006)	Fine anno Tre (Feb. 2006)	Fine anno Quattro (Feb. 2007)
Totale persone coinvolte	431	1.256	2.282	3.456
Totale adulti in ART	126	369	789	1.339
Totale minori in ART	14	34	69	172
Persone trasferite	0	8	13	26
Abbandoni	0	7	27	15
Decessi	14	25	62	95

3. SOMMARIO del QUARTO ANNO per INDICATORI CHIAVE

Difficoltà affrontate:

1. Non abbiamo ancora trovato un metodo efficace per sopperire alle spese ospedaliere per i pazienti che necessitano il ricovero. Le spese per alcuni di loro sono particolarmente onerose e non tutti si avvalgono dei contributi sovvenzionati mensilmente attraverso il NHIF (*National Hospital Insurance Fund* = Fondo Assicurativo Ospedaliero Nazionale) proposto dall'amministrazione del San Camillo.
2. La maggior parte dei nostri pazienti vive in situazioni di estrema povertà, e spesso non può permettersi un lavoro a causa delle complicanze della malattia, per cui non è in grado di seguire una dieta appropriata.
3. Spesso le donne in età fertile che seguono la terapia, quando migliorano il proprio stato di salute affrontano una gravidanza, nonostante la loro situazione fisica resti precaria.
4. Molti dei nostri pazienti sono estremamente poveri e analfabeti, due fattori che ostacolano fortemente una corretta aderenza alla terapia, dovuta alla difficoltà di fare loro comprendere l'importanza del trattamento e il modo opportuno di gestire la situazione.
5. I guaritori e le figure religiose tradizionali rappresentano una minaccia in questa comunità perché sono ancora molti i nostri pazienti che credono di poter essere curati da queste persone e decidono di interrompere il trattamento HIV/AIDS nella clinica di fronte alle prime difficoltà.
6. Il turnover del personale ha influenzato negativamente la nostra attività.

Successi:

Nonostante i notevoli inconvenienti sopracitati, abbiamo fatto grandi passi avanti nel migliorare il servizio offerto alla comunità dal nostro progetto:

1. La formazione e il lavoro svolto dal Gruppo di Sostegno dei Pazienti hanno contribuito in modo sostanzioso alla riduzione dello stigma nei confronti delle persone sieropositive all'interno della comunità.
2. Il tasso di mortalità e morbilità è stato ridotto significativamente nell'area in cui operiamo.
3. Sebbene l'iniziativa non abbia avuto pienamente successo, alcuni nostri pazienti adesso sono coinvolti nel progetto NHIF e usufruiscono i benefici di questa assicurazione ospedaliera.
4. Abbiamo coinvolto positivamente pazienti giovani e coppie in cui uno dei partner è sieropositivo e abbiamo svolto con loro corsi speciale per la loro situazione e centralizzati sull'aderenza alla terapia.
5. E' aumentata l'attenzione verso i bambini ed è stato stabilito un giorno a settimana, il mercoledì, dedicato a loro e alle loro mamme.
6. Le nostre cliniche mobili, nate per ridurre i costi del trasporto per i pazienti che vivono lontano e per decongestionare la nostra struttura, si sono rivelate un successo: visitiamo 1.050 persone al mese.
7. Buona parte del nostro personale ha partecipato a corsi di formazione.

Lezioni imparate:

1. Le cliniche mobili sono a vantaggio di una parte minima dei nostri pazienti.
2. Talvolta i corsi di aggiornamento hanno fatto conoscere al nostro personale altre organizzazioni e favorito i contatti per poi cambiare lavoro.
3. I pazienti coinvolti nei gruppi di supporto partecipano attivamente alle attività che generano guadagno solo se hanno un riscontro diretto.
4. La gestione dell'HIV/AIDS migliora quando l'intera famiglia collabora alla terapia.
5. Le donne si sottopongono alla cura dell'HIV/AIDS nella stessa misura degli uomini.
6. I bambini trovano scomodo stare per ore alla clinica aspettando il loro appuntamento senza cibo.
7. I volontari sanitari lavorano meglio se motivati, per esempio, come abbiamo fatto lo scorso anno, dando loro una maglietta.

Modi per migliorare:

1. Vogliamo aprire nel 2008 due cliniche satellite fisse a Ndhiwa, nel distretto di Homa Bay e a Nyandiwa, nel distretto di Suba.
2. Vogliamo incentivare la collaborazione del Gruppo di Supporto dei Pazienti con altri gruppi che operano a favore della comunità.
3. Vogliamo cominciare a dare da mangiare ai bambini dei piccoli pasti durante i loro appuntamenti al mercoledì.
4. Reclutare nuovo staff per far fronte al continuo aumento di pazienti.
5. Pagamento dilazionato a piccole rate per i pazienti veramente poveri che non hanno la tessera NHIF ma necessitano del ricovero e non possono permetterselo.
6. Identificare i bisogni speciali dei disabili sieropositivi coinvolti nel progetto.

4. OBIETTIVI per il QUINTO ANNO

Alla fine del quarto anno (febbraio 2008) ci siamo dati degli obiettivi da raggiungere per quanto riguarda il numero di pazienti coinvolti nelle varie categorie. Questo tipo di focalizzazione permette di indirizzare gli sforzi richiesti e orientare la valutazione interna del progetto.. La tabella sottostante indica come intendiamo procedere:

	PER MESE	FINE FEBBRAIO 09 (ANNO 5)	FINE FEBBRAIO 09 (CUMULATIVO)
IN PREPARAZIONE PER ART	80	960	4.375
ADULTI IN ART	45	540	2.344
MINORI IN ART	10	120	352

CONCLUSIONE

Le tre pietre miliari del programma (il nostro personale, il CRS e l'amministrazione dell'ospedale) credono molto in questo progetto e continueranno a collaborare per raggiungere sempre nuovi obiettivi e offrire un servizio migliore alla comunità.



Fig: 8. La dottoressa Bertha con il piccolo Fidel, uno dei beneficiari del nostro progetto

Preparato da: *Obillo Meshack (CRS-ART Coordinatore di Progetto)*
Sotto la supervisione di: *Padre Emilio Balliana (Direttore dell'Ospedale)*