



Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo

PROPOSTA DI FINANZIAMENTO

Bilaterale/dono-credito d'aiuto

ETIOPIA

CONTRIBUTO ITALIANO AL SDG PF

***Proposta di finanziamento
Bilaterale/dono-credito d'aiuto***

Ufficio proponente:

- Sede di Addis Abeba/Etiopia

(Aprile/2019)

A. INDICE

B. ACRONIMI	4
C. OGGETTO DELLA PROPOSTA DI FINANZIAMENTO	5
1. DATI IDENTIFICATIVI DELL'INIZIATIVA	5
2. PRESENTAZIONE DELL'INIZIATIVA	6
2.1 Sintesi dei contenuti del documento di progetto	7
1. Origini e contesto dell'iniziativa	8
2. Individuazione dei problemi.....	8
3. Strategia dell'intervento	10
4. Modalità di realizzazione.....	11
5. Piano finanziario.....	11
6. Durata e cronogramma	11
7. Rischi e misure di mitigazione	12
8. Fattori di sostenibilità.....	12
9. Modalità di monitoraggio e valutazione	12
2.2 Sintesi dei costi e Piano Finanziario	13
3. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO NELL'AMBITO DELLA COOPERAZIONE ITALIANA ED EUROPEA	13
4. VALUTAZIONE TECNICO-ECONOMICA (VTE)	14
4.1 Coerenza e rilevanza dell'Iniziativa nel contesto locale	14
4.2 Analisi dei bisogni ed esigenze di intervento	16
4.3 Strategia di intervento	16
4.4 Beneficiari	19
4.5 Correlazione fra Obiettivi Risultati ed Attività	19
4.6 Partner finanziatori e Modalità di finanziamento	21
4.7 Responsabilità esecutiva	21
4.8 Metodologia e Modalità di gestione ed esecuzione	22
4.9 Modalità di realizzazione.....	22
4.10 Condizioni per l'avvio	23
4.11 Piano Finanziario	23
4.12 Sostenibilità, replicabilità	24
4.13 Rischi e misure di mitigazione	24
4.14 Monitoraggio e Valutazione dei risultati	25

Deleted: 9

Deleted: 15

Deleted: 21

Deleted: 22

4.15 Gestione delle conoscenze e strategia di comunicazione	25
5. CONSIDERAZIONI GENERALI E CONCLUSIONI	25
6. ELENCO ALLEGATI	26

B. ACRONIMI

AICS	Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo
ARM	Annual Review meeting
CBNC	Community Based Newborn Care
CMAM	Community-based Management of Acute Malnutrition
CRC	Caring Respectful Compassionate
DAG	Development Assistance Group
DLI	Disbursement Linked Indicator
DP	Development Partner
EFY	Ethiopian Fiscal Year
EDHS	Ethiopian Demographic Health Survey
FMOH	Federal Ministry of Health
GOE	Government of Ethiopia
GTP II	Growth Transformation Plan II phase
HP	Health Post
HPN	Health Population Nutrition
HSDP	Health Sector Development Plan
HSTP	Health Sector Transformation Plan
ICCM	Integrated Community Case Management
IHP	International Health Partnership
JCCC	Joint Core Coordination Committee
JCF	Joint Coordination Forum
JFA	Joint Financing Arrangement
JRM	Joint Review Mission
MDG	Millennium Development Goal
MOF	Ministry of Finance
MOH	Ministry of Health
NCD	Non Communicable Diseases
NNP	National Nutrition Program
PHC	Primary Health Care
RMNCH	Reproductive Maternal Newborn Child Health
SDG	Sustainable Development Goal
SDG PF	Development Goal Performance Fund
TAMU	Technical Assistance Monitoring Unit

UE	Unione Europea
UHC	Universal Health Coverage
WASH	Water Sanitation Hygiene

C. OGGETTO DELLA PROPOSTA DI FINANZIAMENTO

La presente Proposta di Finanziamento si riferisce all’Iniziativa “Contributo italiano al SDG PF” di cui alla lettera di richiesta del Federal ministry of Health (FMOH) datata 12.04.2019 (Allegato A) e del documento di Progetto Health Sector Transformation Plan – HSTP¹.

1. DATI IDENTIFICATIVI DELL’INIZIATIVA

Titolo in italiano (max 150 caratteri)	Contributo italiano al SDG PF		
Titolo in inglese (max 150 caratteri)	<i>Italian Contribution to SDG PF</i>		
Canale (multilaterale/ bilaterale/ multilaterale)	Bilaterale		
Costo complessivo stimato	Euro	10.000.000,00	% 100
-Partecipazione finanziaria richiesta a dono	Euro	2.000.000,00	% 20
-Partecipazione finanziaria richiesta a credito	Euro	8.000.000,00	% 80
Paese beneficiario	Etiopia		
Località d’intervento:	Etiopia		
Settore OCSE-DAC	12110 – Politiche per la sanità e gestione amministrativa		
Ente/i esecutore/i	Ministero federale della sanità etiopico (FMOH)		
Tipo di aiuto / Type of aid	A02		
Breve descrizione in inglese: (max 3.000 caratteri)	<i>The initiative intends to continue the Italian contribution to the health sector transformation program (HSTP). Italy has already supported the previously five-year development plans of the Health sector, has contributed to the strengthening of the health systems and to the improvement of the health status of the population.</i>		
Durata <i>Indicare il numero dei mesi di durata, oltre che le date – anche stimate – di avvio e chiusura del progetto.</i>	24 mesi Data di avvio stimata Maggio 2019 Data di chiusura stimata Aprile 2021 (dipendente dal raggiungimento dei DLIs)		
SDGs (Sustainable Development Goals):	SDG e Target prioritario:SDG 3 Altri eventuali obiettivi e target secondari: SDG 2, 5 e 6		
Policy Objectives (Tema) OCSE DAC:	Gender Equality Policy Marker (significant); Aid to environment (not targeted);		

¹ Reperibile online: https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/Ethiopia-health-system-transformation-plan.pdf, visitato in data 16.04.2019

	Participatory Development/ Good Governance (Principal) Trade development marker (not targeted);
Rio Markers:	Biodiversity (not targeted); Climate change (not targeted); Desertification (not targeted); Adaptation (not targeted);
Markers socio-sanitari:	Disabilità (Not screened); Salute materna - Contributions to reproductive, maternal, newborn and child health(Explicit primary objective); Minori (Explicit primary objective)
Programme-based approach (PBA):	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Grado di slegamento:	<input type="checkbox"/> Legato importo € <input checked="" type="checkbox"/> Slegato importo € 10.000.000,00 <input type="checkbox"/> Parzialmente slegato importo €

2. PRESENTAZIONE DELL'INIZIATIVA

L'iniziativa di cui alla presente proposta costituisce la logica continuazione dell'iniziativa sanitaria recentemente conclusa (Contributo italiano all'MDG Fund² – 2013-2015 – N. AID 010081), salvaguarda e mette in valore l'investimento italiano fin qui effettuato e rientra a tutti gli effetti nell'attuale piano di sviluppo per la sanità definito dal Governo etiopico con i donatori.

L'SDG PF³ è un fondo multi donatori gestito dal Ministero della Sanità federale (*Federal Ministry of Health – FMOH*) per il quale vengono usate le procedure proprie del Governo etiopico (GOE). Conformemente ai principi dell'*Ethiopia IHP Compact*⁴, fornisce risorse flessibili e coerenti col concetto di "One Plan, One Budget and One Report" in modo da assicurare finanziamenti addizionali al Programma governativo di trasformazione del settore sanitario (*Health Sector Transformation Programme – HSTP*⁵). L'SDG PF è una delle modalità preferite dal GOE per il miglioramento dell'efficacia dell'assistenza dei Partner allo sviluppo in supporto alla realizzazione dell'HSTP. Esso fornisce risorse a livello federale per l'acquisto di beni e per lo sviluppo delle capacità in ambito sanitario ed è finalizzato al rafforzamento dei sistemi sanitari in vista del raggiungimento degli SDG riguardanti la salute.

A seguito dell'adozione da parte dell'Etiopia della "2030 Agenda for Sustainable Development" che orienta le strategie globali di sviluppo e le politiche nazionali, l'SDG PF sostituisce l'MDG Fund implementato dal Governo Etiopico dal 2000 al 2015. Il suo uso è regolato dal documento congiunto Governo-Donatori "SDG PF Joint Financing Arrangement (JFA⁶)" sottoscritto dal Governo Etiopico, dall'Italia e da altri donatori nel luglio 2015, nonché da un Accordo Intergovernativo (allegato E) che sarà firmato da entrambe le parti una volta approvata la presente proposta.

² MDG: Millennium Development Goal

³ SDG PF: Sustainable Development Goals Performance Fund.

⁴ International Health Partnership - IHP: accordo internazionale per l'efficacia degli aiuti e l'accelerazione delle azioni per il raggiungimento degli SDG in ambito sanitario. L'IHP è stato sottoscritto a Londra (Global Compact) nel 2007 ed ad Addis Abeba (Ethiopia Country Compact) nel 2008, da Etiopia, Italia ed altri governi ed Organizzazioni internazionali.

⁵ Piani quinquennali di sviluppo del settore sanitario. Il corrente è l'HTDP che copre il periodo da luglio 2015 a giugno 2020.

⁶ Joint Financing Arrangement – Allegato A dell'accordo tecnico intergovernativo e Allegato H della presente proposta

Il programma di cui alla presente proposta di finanziamento è finalizzato a istituire il contributo italiano all'SDG PF relativo ai prossimi anni nell'ambito del Programma Paese 2017-2019, presentato al Comitato Congiunto del 19 Maggio 2017 e firmato dai due Governi in data 15 Settembre 2017. Successivamente il FMOH ha sottoposto, attraverso l'allora MOFEC, firmatario del Programma sovra menzionato, alcune modifiche che sono state condivise e approvate dalla Sede Centrale AICS Roma e dalla DGCS del MAECI, portando pertanto all'emendamento del settore sanitario del Programma Paese 2017-2019, comunicato ufficialmente dall'Ambasciata Italiana di Etiopia al MOFA (Ministry of Foreign Affairs) in data 05.12.2018 tramite Nota Verbale Prot.n.2876. in questa nuova negoziazione si è concordato che la componente a credito d'aiuto sarà *earmarked* alle quattro Regioni Emergenti con una erogazione *Results based*, ovvero con il soddisfacimento, non solo di requisiti finanziari, ma anche di performance. Nella lettera di richiesta da parte della controparte etiopica (allegato A), sono infatti allegati tre DLIs⁷, frutto del dialogo con il MOH. I tre DLIs sono descritti nella tabella seguente:

Indicatore	AFAR		SOMALI		BENISHANGUL		GAMBELLA	
	Baseline	Target	Baseline	Target	Baseline	Target	Baseline	Target
1 Percentuale di parti istituzionali	16,4%	19%	20%	22%	28,6%	30%	46,9%	48%
2 Copertura Penta 3 (<1 anno)	20,1%	23%	36,3%	39%	76,2%	79%	54,8%	58%
3 Percentuale bambini 6-59 mesi che ricevono l'integratore di Vit. A	35%	36%	36%	37%	63,7%	64,5%	56,8%	58%

I suddetti DLIs sono il criterio di erogazione della seconda tranche, come verrà spiegato di seguito, e sono tratti dalla Survey nazionale (EDHS) elaborata ogni 5 anni dal FMOH. I target sviluppati con la controparte etiopica sono relativamente sottostimati, ma, in considerazione della scarsa performance finora presentata da parte delle quattro Regioni Emergenti, si è convenuto che i target sono ragionevoli.

2.1 Sintesi dei contenuti del documento di progetto

⁷ Disbursement Linked Indicator

1. Origini e contesto dell'iniziativa

Lo stato etiopico ha una costituzione federale con 9 governi regionali e due città a statuto speciale (Addis Abeba e Dire Dawa) ed un sistema amministrativo decentrato composto da circa 820 distretti (woreda) ed oltre 100 municipalità.

L'Etiopia è un paese popolato da 105 milioni di abitanti⁸, di cui circa l'80% vive in aree rurali. Nonostante l'economia sia in forte crescita (con un incremento del Prodotto Interno Lordo del 10% annuo nell'ultimo decennio), l'Etiopia è uno dei paesi più poveri al mondo, collocandosi al 173° posto su 189 nell'indice di sviluppo umano (UNDP 2017). Circa il 34% della popolazione vive al di sotto della soglia di povertà, ovvero quasi 36 milioni di persone. L'aspettativa di vita è di 64 e 67 anni rispettivamente maschile e femminile (WHO 2016). L'economia etiopica, fortemente dipendente dagli aiuti internazionali, è strettamente legata al settore agricolo, dominato da un'agricoltura di sussistenza. Inoltre, nel corso del 2018 la Banca Nazionale etiopica ha svalutato la moneta nazionale, il Birr, del 15% con l'intento di attrarre maggiori investitori esteri, ma nello stesso tempo ha creato non pochi risvolti sociali negativi.

L'Etiopia, per quanto riguarda la sanità, è uno dei Paesi più arretrati al mondo in termini di sviluppo umano con un quadro drammatico di morbilità e mortalità.

In Etiopia quasi il 3% dei bambini muore entro il primo anno di vita e circa il 7% non raggiunge i 5 anni di vita a causa per lo più di malattie infettive, quali infezioni respiratorie acute e intestinali; dall'altro lato la malnutrizione rappresenta la maggior concausa (50%), infatti il 38% dei bambini <5 anni risulta essere *stunted* (malnutrizione cronica, arresto della crescita), il 10% *wasted* (malnutrizione acuta, risultato di una rapida perdita di peso o incapacità di acquisire peso) e il 24% sottopeso.⁹ Infine si sottolinea che solo l'86% dei bambini al di sotto del primo anno d'età completerà i cicli di vaccinazione¹⁰. È importante notare che le malattie che prevalentemente incidono sugli alti tassi di mortalità e morbilità in Etiopia sono le malattie infettive, quindi potenzialmente trattabili e/o prevenibili con vaccinazioni e/o trattamenti preventivi, quali malaria, polmonite, diarrea e morbillo.

Inoltre i parti istituzionali registrati a livello nazionale sono il 66%, ciò significa che quasi 4 donne su 10 partoriscono fuori da contesti protetti, quali le strutture sanitarie, rischiando pertanto la loro vita e quella del nascituro.¹¹

Va infine descritta la situazione dell'infezione da HIV che, pur avendo una prevalenza ancora relativamente bassa rispetto a molti altri Paesi africani, ovvero 0,9% [0,7%-1,2%], in una popolazione di 105 milioni di abitanti presenta un rilevante numero assoluto di casi con un'incidenza dello 0,17% [0,08-0,31], con sostanziali differenze in area urbane e nelle fasce di popolazione più illetterate e povere nonché fra i due sessi; inoltre vi è scarsa affluenza/confidenza al servizio del VCT¹² comportando che solo il 73% di persone stimate affette sono a conoscenza del loro stato positivo, mentre solo il 71% delle persone positive sono in trattamento antiretrovirale.(UNAIDS 2017)

La spesa sanitaria annuale è di soli 24,28 USD per persona all'anno contro la spesa sanitaria minima raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per i Paesi in via di Sviluppo di 34 USD. (WB 2015)

Questa è la ragione che ha orientato l'AICS a fornire risorse per il rafforzamento dei sistemi sanitari etiopici attraverso l'SDG PF che finanzia trasversalmente i programmi sanitari prioritari per il Governo locale.

2. Individuazione dei problemi

La presente iniziativa mira a contribuire alla realizzazione del piano sanitario quinquennale denominato HSTP 2015/16-2019/20, che è la prima fase di un piano ventennale intitolato "Envisioning Ethiopia's path to Universal Health Care through strengthening of Primary Health Care", col fine di garantire l'Universal Health Care (UHC) a tutta la popolazione e combattere i problemi più critici del Paese nelle seguenti priorità:

- RMNCH¹³, incluso l'aspetto nutrizionale

- le principali malattie infettive HIV, TB e Malaria
- NCDs¹⁴

Le suddette aree tematiche risultano prioritarie all'interno di un sistema sanitario innovativo che ruota intorno a 4 pilastri strategici a risposta del problema dell'inequità, della scarsa qualità, dell'inadeguata capacità manageriale e della carenza strutturale del servizio sanitario in sé:

1. *Excellence in health service delivery*: per combattere l'inequità del servizio offerto, si mira a strutturare un servizio sanitario in grado di rispondere ai bisogni di tutta la popolazione, affrontando le iniquità geografiche, socio- demografiche, economiche e di gender. Un sistema sanitario dunque che consolida e rafforza la PHC, attraverso la quale intende offrire servizi di prevenzione, promozione, cura e riabilitazione di qualità e accessibili a tutti nell'ottica del UHC.
2. *Excellence in quality improvement and assurance*: la qualità e il suo controllo sono considerati punti chiave per un sistema sanitario accessibile, efficace e dinamico.
3. *Excellence in leadership and governance*: comprende il focus sulla pianificazione evidence-based degli interventi, sull'attività di monitoraggio e di valutazione e sul coordinamento con i partners di salute affinché si crei un management migliore in tutte le sue componenti.
4. *Excellence in health system capacity*: si riferisce alle risorse umane formate, ai mezzi finanziari adeguati, alle infrastrutture funzionanti e alle forniture disponibili nelle strutture sanitarie per disporre di un sistema sanitario completo in tutte le sue parti. Vi è un focus, in particolare, sulla ritenzione del personale sanitario, soprattutto nelle aree rurali, e sulla necessità di garantire i servizi (quali WASH, linea elettrica e internet) per un'ottimo funzionamento della struttura sanitaria stessa.

Oltre a quanto descritto, il FMOH ha identificato 4 *Transformation Agendas* nel HSTP decisivi per risolvere i problemi identificati in modo strutturale:

1. *Equity&quality*: un servizio sanitario equo e di qualità per tutti che sappia affrontare ed abbattere le disuguaglianze regionali registrate soprattutto nelle 4 Regioni "Emergenti" del Paese (Afar, Gambella, SNNP e Somali) e l'adozione di linee guida e strumenti condivisi per assicurare la qualità del servizio offerto;
2. *Information Revolution*: la rivoluzione informatica nella raccolta, analisi e uso dei dati nei vari livelli
3. *Woreda Transformation*: il rafforzamento delle strutture periferiche –Woreda- per garantire una Primary Health Care di qualità e di conseguenza la copertura sanitaria a livello comunitario nei suoi differenti livelli di competenza, dal HP¹⁵ all'ospedale;
4. *Compassionate, Respectful and Caring (CRC) Professionals*: un personale sanitario capace di offrire un servizio rispettoso ed empatico nei confronti di tutti al fine di migliorare sensibilmente i servizi di base ed il loro utilizzo.

Alla luce di quanto sopra esposto, si evidenzia che il FMOH sta lavorando per garantire un sistema sanitario di qualità e rispondente ai bisogni di salute in modo accessibile per tutta la popolazione, soprattutto alla fascia più vulnerabile di donne e bambini e per combattere le malattie infettive che ancora oggi si presentano prioritarie, ma senza escludere le malattie non trasmissibili, i cui dati stanno diventando sempre più preoccupanti. Grande attenzione viene data al coinvolgimento della comunità e al rafforzamento della PHC in tutte le sue componenti.

⁸ World Bank's 2017 Country Policy and Institutional Assessment (CPIA). Dai report ufficiali del FMOH risulta una popolazione totale di 96.151.056, questa consistente discrepanza evidenzia la necessità di un nuovo censimento nazionale di cui tutti i DPS vedono l'esigenza e chiedono conto al GOE.

⁹ Central Statistical Agency (CSA), EDHS 2016, July 2017

¹⁰ FMOH, Annual Performance Report EFY 2010 (2017/2018)

¹¹ Ibid.

¹² Voluntary Counselling and Testing

¹³ Reproductive Maternal Neonatal Child Health

¹⁴ Non Communicable Diseases

¹⁵ Health Post: struttura sanitaria della Kebele che offre servizi sanitari di prevenzione e promozione alla comunità di riferimento che conta 5.000 abitanti

3. Strategia dell'intervento

La strategia dell'intervento si trova ben descritta nel HSTP e di seguito è riportato lo schema riassuntivo di questa.

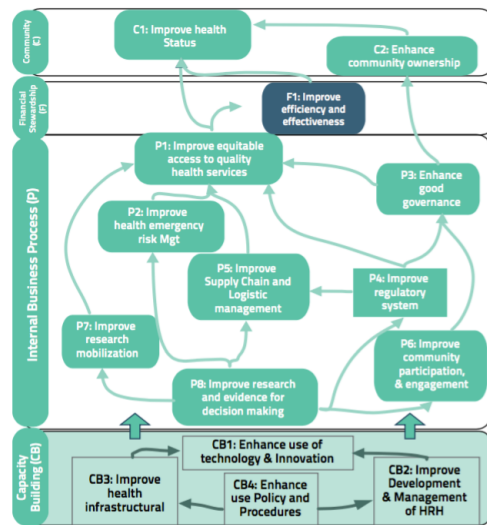


Figura 1. Schema della strategia del settore sanitario etiopico (tratta da HSTP)

In dettaglio, l'obiettivo principale è Migliorare lo stato di salute della popolazione etiopica, mentre l'obiettivo specifico è Incrementare la copertura e migliorare la qualità dei servizi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione offerti dal sistema sanitario attraverso il potenziamento della capacità del Ministero della Sanità di supportare le attività previste nell'HSTP, in vista del raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDG 3).

Le attività sono incluse nelle seguenti macro sezioni di cui è composto il HSTP:

1. Offerta di un servizio sanitario accessibile e di qualità
2. Garanzia dell'ownership delle comunità
3. Miglioramento dell'efficacia ed efficienza
4. Migliorare la gestione del rischio
5. Potenziare la *governance*
6. Migliorare il sistema normativo di riferimento
7. Rafforzamento della logistica
8. Incoraggiare la partecipazione comunitaria
9. Miglioramento della mobilitazione di risorse
10. Incrementare la ricerca e l'*evidence based decision making*
11. Potenziare l'uso della tecnologia e dell'innovazione
12. Ottimizzare la gestione delle risorse umane
13. Miglioramento delle infrastrutture sanitarie
14. Rafforzare *policy* e procedure

Poiché è un programma nazionale non è possibile riportare le numerose attività previste nel corso del 2018/2019 incluse nel Annual Comprehensive Plan¹⁰. Infatti, nel documento menzionato, per ogni macro sezione sopra descritte si esplicitano le attività relative.

Gli Indicatori identificati per monitorare il raggiungimento degli obiettivi del Programma di settore sono i seguenti:

- aspettativa di vita aumentata da 64 a 69 anni
- mortalità materna ridotta da 420 a 199 per 100.000 nati vivi
- mortalità <5 anni, infantile e neonatale ridotta rispettivamente da 64, 44 e 28 a 30, 20 e 10 per 1.000 nati vivi
- incidenza dell'HIV ridotta almeno del 60% rispetto al 2010 e abbattuta a 0 l'incidenza delle nuove infezioni fra i giovani
- riduzione del numero di morti dovute a Tubercolosi del 35% e di incidenza del 20% rispetto al 2015
- riduzione dell'incidenza di casi di malaria e mortalità a causa di malaria del 40% per entrambi rispetto al 2015

4. Modalità di realizzazione

Il documento congiunto denominato *Joint Financing Arrangement (JFA)*- allegato H- sottoscritto dall'Italia e da altri dieci partner internazionali¹⁷ col Governo etiopico, regola in tutti i suoi aspetti l'uso del SDG PF ed è parte integrante dell'Accordo al quale è annesso come Allegato A. Il JFA definisce con ulteriore dettaglio rispetto all'Accordo stesso, i meccanismi di esecuzione ed i centri di responsabilità, le procedure di *procurement*, quelle di *reporting* ed audit nonché i meccanismi di governo congiunto del fondo. La realizzazione delle attività è di responsabilità del FMOH e a cascata delle Autorità decentrate secondo l'assetto federale del Paese; infatti i fondi ministeriali sono trasferiti alle Autorità regionali (Regional Health Bureau, RHB) competenti ad implementare il piano nazionale di settore nella propria area di pertinenza e sono ripartiti fra le 9 Regioni e le 2 città stato in base ai bisogni specifici e alla popolazione di riferimento.

5. Piano finanziario

Il trasferimento dei fondi al Governo etiopico avverrà **in due tranche**, e sarà regolato da apposito accordo intergovernativo la cui bozza è allegata alla presente proposta di finanziamento (allegato E). In particolare, **riguardo alla seconda e terza tranche** della componente a credito, è previsto il disborso in base al raggiungimento degli indicatori (DLIs¹⁸) precedentemente concordati con la controparte etiopica e specifici per misurare il miglioramento del servizio sanitario nelle 4 Regioni "Emergenti". La seguente tabella riassume lo schema finanziario:

COMPONENTI	I tranche	II tranche	Totale	Canali	Note
Contributo all'SDG PF – dono	2.000.000		2.000.000	1b	Canale bilaterale
Contributo all'SDG PF – credito d'aiuto	5.000.000	4.000.000	8.000.000	1b	Canale bilaterale

Commented [r1]: 4 milioni

6. Durata e cronogramma

Il contributo italiano al SDG PF partecipa e permette l'attuazione dell'intervento da parte del Ministero della Sanità etiopico che è già in corso e termina il ciclo relativo al HSTP a metà 2020; inoltre si prevede che permetta anche l'avvio di una futura seconda fase dell'"Envisioning Ethiopia's path to Universal Health Care through strengthening of Primary Health Care", alla cui ideazione e stesura l'AICS Addis Abeba potrà contribuire. La conclusione del programma è prevista per aprile 2021, ma a tal riguardo si sottolinea che la componente a credito è soggetta ai DLIs, quindi solo se quest'ultimi saranno soddisfatti, si procederà al disborso della seconda

¹⁶ Piano d'azione annuale redatto dal FMOH e condiviso con i DP, sulla base di quanto programmato nel HSTP e sui bisogni prioritari emergenti nell'anno in corso.

¹⁷ In dettaglio DFID, Irish Aid, Spain, AICS, Netherlands Embassy, UNICEF, UNFPA, WHO, WB e European Union.

¹⁸ Disbursement Linked Indicators

tranche. I DLIs sono il criterio del disborso per la seconda tranche del credito, mentre la componente a dono viene erogata come prima tranche insieme alla prima tranche del contributo a credito, ammontante a 4 Milioni di Euro, che viene erogata come *start up* del credito.

7. Rischi e misure di mitigazione

Considerando che il settore sanitario è un pilastro fondamentale per il Governo etiopico, come spiegato nel GTP II, il finanziamento al settore rimane un impegno concreto del Governo stesso e al quale i Partners di sviluppo non sottraggono appoggio costante e sostegno economico. Un fattore di rischio può essere il sopraggiungere di disastri e calamità naturali (quali epidemie, alluvioni, siccità), che sono comunque soggetti ad un sistema di sorveglianza e controllo, che dovrebbe limitare l'impatto sul sistema sanitario, nonché sono affrontati nel *Comprehensive Annual Plan* in modo da rendere il sistema sanitario resiliente a questi tipi di shock ormai ricorrenti.

8. Fattori di sostenibilità

Il Governo etiopico è il principale ente finanziatore del settore sanitario e il contributo italiano al SDG PF provvede fondi addizionali per un periodo limitato, in modo da contribuire al raggiungimento degli SDG di salute e il *capacity building* del personale sanitario che rimarrà patrimonio del Paese.

Elementi di sostenibilità sono:

- L'SDG PF, per come è disegnato, è testimone della forte *ownership* che il Paese beneficiario esercita nel processo di sviluppo;
- La struttura federale del Paese assicura mandati chiari per ogni componente. L'FMOH a livello federale ha la funzione di determinazione delle politiche e di indirizzo. I livelli regionali e sub-regionali ricoprono le funzioni di pianificazione, realizzazione e monitoraggio delle attività. I due livelli hanno budget autonomi;
- I principi di partnership tra il MOF, l'FMOH ed i Partner per lo sviluppo, secondo il "*Ethiopia IHP Country Compact*", sottoscritto anche dall'Italia nel 2008, costituiscono un valido strumento di sviluppo ed efficacia degli aiuti.

9. Modalità di monitoraggio e valutazione

Il contributo italiano al SDG PF si inserisce in un *framework* operativo stabilito e concordato tra Governo e Donatori ed è quindi sottoposto alle procedure ed ai meccanismi di governo congiunto istituiti per l'esecuzione dello stesso e sanciti dal Joint Financing Arrangement.

I principi dell'*International Health Partnership* e l'*Ethiopia IHP Country Compact* e l'approccio SWAP¹⁹ implicano per di più la pianificazione e il finanziamento congiunto nonché sistemi di monitoraggio e valutazione congiunta dal FMOH e dai Partner per lo sviluppo. Questo approccio dovrebbe minimizzare le necessità di monitoraggio e valutazione effettuate dai singoli donatori con sistemi paralleli.

¹⁹Sector- wide approach

2.2 Sintesi dei costi e Piano Finanziario

		Fonti di finanziamento				
		Italia		Altri		
		Contributo italiano al SDG PF		DA DEFINIRE ²⁰		
		Annualità		Annualità		
		1a	2a	1a	2a	3a
	Dono art.7 l.125/14	2.000.000				
	Credito d'aiuto	5.000.000	3.000.000			
	Totale per annualità	7.000.000	3.000.000			
	Totale per fonte di finanziamento	10.000.000				
	% per fonte di finanziamento	0.04%				
	Totale complessivo previsto dal piano quinquennale del HSTP	18.621.991.250		100%		

3. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO NELL'AMBITO DELLA COOPERAZIONE ITALIANA ED EUROPEA

La documentazione utilizzata e consultata al fine dell'identificazione e scrittura della presente proposta di finanziamento include:

- Documento triennale di programmazione e di indirizzo e aggiornamento 2017-2019;
- Legenda OCSE-DAC;
- Definizione degli OSS e relativi *Targets, Agenda 2030*;
- Marker Efficacia, Tabella;
- *International Health Partnership Global Compact (IHP+)*;
- *Ethiopia IHP Country Compact*;
- *Growth and Transformation Plan II* (GTP - Programma Nazionale di sviluppo quinquennale);
- FMOH, *Health Sector Transformation Plan (HSTP)*;
- Central Statistical Agency (CSA), EDHS 2016, July 2017;
- FMOH, *Health & Health Indicator*, 2010 EFY
- FMOH, *State of Inequality in Ethiopian Health Sector*, EFY 2008 (2016-2017)
- FMOH, *Health Harmonization Manual*;
- *Joint Financing Arrangement*, July 2015;
- *European Joint co-operation Strategy with Ethiopia 2017-2020*;
- *Joint European nutrition Strategy for Ethiopia 2016-2020*;
- FMOH, *Annual Performance Report EFY 2011 (2018/2019)*;

²⁰ Ogni anno i DP comunicano al FMOH il supporto monetario al SDG PF, pertanto si è a conoscenza solo dell'impegno preso per l'anno etiopico corrente 2011 (2018/2019), comunicato alla Sede AICS tramite MSG 1039 del 18 Ottobre 2018.

- FMOH, *Transforming Health Status and Health systems in the Developing Regional States and selected Zones with Suboptimal Performance, Equitable health services for all. Plan of Action 2016-2020*, January 2016;
- *Ethio-Italian Framework of Cooperation – 2017-2019*.

4. VALUTAZIONE TECNICO-ECONOMICA (VTE)

Con riferimento al Documento di progetto concordato con le Autorità locali e/o OOI, si fornisce una **valutazione tecnico-economica** (VTE) in merito ai seguenti punti:

4.1 Coerenza e rilevanza dell'Iniziativa nel contesto locale

L'Italia sostiene in Etiopia iniziative per la riduzione della povertà ed il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDG) ed a sostegno del Piano nazionale di sviluppo quinquennale "Growth and Transformation Plan II" (GTP II 2015/2016-2019/2020), adottato nel 2015 dal Parlamento etiopico. Inoltre, i principi della "Global Partnership for effective Development Cooperation" di Busan (2011) e poi riconfermati in quello di Nairobi (2016) informano l'azione dell'AICS, rispondendo in tal modo alla richiesta del Governo etiopico di aumentare la prevedibilità degli aiuti, con strumenti allineati alle procedure amministrative e gestionali nazionali ed armonizzati tra governo e donatori. Di recente formulazione è il "Global Action Plan for healthy lives and well-being for all"²¹ (2018) che ribadisce con forza l'importanza di tre approcci strategici al fine di raggiungere gli SDGs: la necessità di allinearsi alle priorità e bisogni evidenziati dal Paese, la possibilità di accelerare il raggiungimento di risultati attraverso l'unione delle risorse finanziarie e non, e infine l'urgenza di rafforzare la responsabilizzazione delle parti con l'identificazione di midstone 2023 che aiutino la programmazione e la calibrazione delle azioni di cooperazione.

La formulazione della presente proposta, per il periodo 2019-2022, fa seguito alle precedenti iniziative realizzate dalla Cooperazione italiana nel settore sanitario, nello specifico:

1. Contributo italiano al Programma di sviluppo del settore sanitario (HSDP), iniziata nel 2003 con un contributo di 12 milioni di Euro attraverso l'art.15 Reg. Esec. L 49/87,
2. Protection of Basic Services (seconda fase PBS II), fondo multi donatori gestito dalla Banca mondiale, con una partecipazione di 7.5 milioni di Euro nel 2009,
3. Contributo italiano al Programma di sviluppo del settore sanitario (HSDP 2010-2012) e contributo al MDG Fund, con un totale di 8.200.000 Euro, di cui 2.900.000 Euro per il MDG Fund,
4. Contributo al MDG Fund 2013-2015, di 7 M Euro, di cui l'ultima erogazione di 1.5 MEuro fu disborsata nel Dicembre 2016.

Le iniziative che si sono succedute nel corso degli ultimi 15 anni nel settore sanitario in Etiopia configurano un andamento sempre più in linea con i summenzionati principi di armonizzazione ed allineamento degli aiuti.

L'Unione Europea (UE) stessa nella sua Country Agenda 2017-2020 riconosce la salute come area prioritaria e si impegna in due programmi. Il primo è la fase II del Health Sector Reform

²¹ Sotto la spinta della Cancelleria tedesca Angela Merkel, del Presidente del Ghana Nana Addo Dankwa Akufo-Addo e il Primo Ministro norvegese Erna Solberg e con il supporto del Segretario Generale delle Nazioni Unite António Guterres, nasce questo piano che esige, al fine di raggiungere rapidamente gli SDGs entro il 2030, un ricalibramento e potenziamento degli sforzi di tutti i Paesi coinvolti ed richiama la necessità di evitare la frammentazione e duplicazione degli aiuti, che porta solo all'inefficienza degli stessi. L'OMS ne ha preso la guida, ma altre Organizzazioni Internazionali l'hanno sottoscritto: GAVI, GF, UNAIDS, UNDP, UNICEF, UN Women, WB, UNFPA, Global Financing Facility e Unitaid.

Contract&Capacity Development che mira, tramite un budget settoriale trasferito direttamente nel conto bancario del FMOH, al rafforzamento dei sistemi sanitari e a migliorare l'accesso e la qualità delle cure, con una speciale attenzione alle Regioni Emergenti e alla salute di donne e bambini/adolescenti. L'accordo di questo progetto è stato firmato il 21 dicembre scorso e consta in un dono di 20 Milioni di Euro. Altro programma che ha tra gli obiettivi la salute materna è il Social Determinants for Health che si concentra sulla salute materna, sulla nutrizione e sulla componente WASH. Riguardo all'impegno della UE nei confronti della nutrizione, si ricorda che il Joint European Nutrition Strategy for Ethiopia 2016-2020 sostiene il Programma Nazionale di Nutrizione (NNP II)²² ed inoltre che nella strategia europea 2017-2020²³ la nutrizione diventa *cross-cutting issue* da considerare in tutti gli interventi europei. Si precisa che anche l'UE pone i DLIs come criterio per l'erogazione delle tranche al GOE con un sistema rigido, ovvero che se il target previsto non viene conseguito, il GOE perde completamente la tranche.

Le componenti di genere e nutrizione, *cross-cutting* del Programma Paese 2017-2019 e temi importanti anche per la Delegazione dell'Unione Europea in Etiopia, sono evidenziate nei tre DLIs sviluppati congiuntamente con il FMOH in quanto il primo riguarda le donne partorienti e l'ultimo è proprio un indicatore nutrizionale. L'attenzione alle donne è in linea con quanto scritto nel HSTP e nelle "Linee guida per uguaglianza di genere e empowerment delle donne" della DGCS. Si menziona inoltre la congruità con il Documento triennale di programmazione e di indirizzo e aggiornamento 2017-2019 dell'AICS.

La presente proposta, in conclusione, è in linea con le priorità identificate dal Ministero della Sanità e selezionate in funzione dei problemi di salute prevalenti in Etiopia e degli obiettivi degli SDGs, quali SDG 2 – Porre fine alla fame-, SDG 3 - Assicurare la salute e il benessere per tutti e a tutte le età-, SDG 5 – Raggiungere l'uguaglianza di genere ed emancipare tutte le donne e ragazze, e SDG 6 - Garantire a tutti la disponibilità e la gestione sostenibile dell'acqua e delle strutture igienico-sanitarie-.

L'esecuzione delle attività relative all'SDG PF sarà affidata al Ministero della Sanità etiopico (FMOH). Tale modalità di finanziamento costituisce a tutti gli effetti un *sector budget support*. Questo contributo rappresenta un impegno relativamente recente e innovativo per l'Agenzia Italiana di Cooperazione per lo Sviluppo che in tal modo intende, assieme ad altri donatori che partecipano al SDG PF, muoversi verso un maggiore allineamento dell'aiuto.

Il contributo italiano all'SDG PF verrà realizzato con le modalità legge n. 125 del 11 Agosto 2015 Disciplina Generale sulla cooperazione internazionale per lo sviluppo, con un finanziamento al Governo etiopico di 2.000.000 di Euro a dono e 8.000.000 di Euro a credito d'aiuto, i cui meccanismi di gestione e di amministrazione sono indicati nell'allegato H, JFA, già sottoscritto dall'Italia e da altri donatori partecipanti a detto fondo che regola le modalità di gestione e partecipazione nonché di monitoraggio congiunto del Fondo.

In particolare, l'Esperto italiano (Coordinatore programma) parteciperà, assieme al FMOH ed altri donatori, agli organi di governo congiunto previsti nel JFA quali il *Joint Core Coordination Committee (JCCC)*, il *Joint Consultative Forum (JCF)* e l'*Annual Review Meeting (ARM)* nonché ai fora di settore, ovvero l'*Health Population and Nutrition (HPN)*, forum del *Development Assistance Group (DAG)*. Inoltre sarà attivo agli incontri dei donatori e firmatari del JFA, ove si discutono eventuali richieste del FMOH alle quali si risponde con un'unica voce attraverso i capigruppo eletti.

²² Per approfondimenti: https://eeas.europa.eu/sites/eeas/files/nnp2_pdf.pdf

²³ European Joint Co-operation Strategy with Ethiopia 2017-2020

4.2 Analisi dei bisogni ed esigenze di intervento

Seppur l'Etiopia abbia potenziato il sistema sanitario in termini di infrastrutture, personale ed equipment e abbia pertanto ottenuto dei risultati incoraggianti rispetto a 10 anni fa, il quadro generale del Paese evidenzia ancora dei dati preoccupanti, considerando la vastità del territorio con le sue differenze interne nonché il grande numero di persone che vi abitano con un tasso di fertilità ancora al 4.6. Di grande preoccupazione, infatti, è la disuguaglianza del servizio sanitario sia per quanto concerne l'offerta che l'uso. Le differenze su cui il FMOH si è concentrato sono le differenze del servizio offerto nei contesti urbani e rurali, in particolare quello pastorale di difficile soddisfacimento, e le diversità dell'uso degli stessi da pazienti benestanti e non, istruiti e non, a prova anche del fatto che la salute è soggetta a determinanti anche sociali.

Un recente studio²⁴ condotto dal FMOH ha evidenziato che i bambini figli di genitori istruiti o benestanti hanno 2.5 volte maggior probabilità di venir vaccinati, mentre la mortalità materna in aree rurali, quali la Regione Somali o Afar, raggiunge 743 e 717 rispettivamente su 100.000 nati vivi contro la mortalità materna registrata ad Addis Abeba in capitale che scende a 234. Inoltre le donne istruite hanno 9 volte in più la probabilità di accedere al servizio di parto sicuro offerto in una struttura sanitaria, più delle donne benestanti che risultano avere 8 volte in più la probabilità di essere assistite da personale qualificato.

Al fine di abbattere queste disuguaglianze e offrire un servizio di qualità accessibile a tutte le persone presenti sul territorio etiopico con un focus particolare sulle Regioni sotto servite e con dati sotto la media nazionale, il FMOH ha incentrato il suo intervento sulle 4 Transformation Agenda, in particolare *l'Equity and Quality*. Queste, già precedentemente descritte, prevedono di stabilire su tutto il Paese e in tutti i livelli, in particolare a livello di Woreda-PHC, un sistema sanitario di qualità, empatico, equipaggiato ed accessibile a tutte le fasce della popolazione. Per quanto descritto, la componente a credito è stata *earmarked* al supporto delle 4 Regioni "Emergenti" e il suo disborso è dipendente all'effettivo miglioramento del servizio sanitario in quelle aree specifiche, misurabile attraverso degli indicatori concordati col FMOH stesso, i cui target della seconda tranche rappresentano il progresso verso un sistema sanitario equo e di qualità.

4.3 Strategia di intervento

L'iniziativa si distingue in quanto azione strategica per l'attuazione dei principi della "*Global Partnership for effective Development Co-operation*" di Nairobi, in particolare per quanto concerne:

- ownership nazionale,
- focus sui risultati,
- partnership inclusiva,
- trasparenza e responsabilità con la finalità di aumentare l'"Efficacia degli aiuti" nel settore sanitario.

Inoltre, ben rappresenta il recente impegno intrapreso attraverso l'istituzione del Global Action Plan (già definito precedentemente), che sottolinea ancora una volta la necessità di allineamento e accelerazione degli aiuti nonché l'importanza dell'*accountability*.

Il programma alla presente si configura, infatti, come supporto diretto ai programmi di sviluppo settoriali attraverso modalità di finanziamento che attribuiscono responsabilità esecutiva alle istituzioni locali. L'AICS offre il suo contributo finanziando il SDG PF a supporto della realizzazione del programma di settore sanitario, HSTP, nato come HSDP²⁵ nel 1997. L'HSTP è il programma di settore sanitario del GTP II ed include programmi strategici allineati con gli SDGs, il più

²⁴FMOH, State of Inequality in Ethiopian Health Sector, EFY 2008 (2016-2017)

²⁵ Health Sector Development Program, programma di settore precedente all'attuale HSTP

importante e innovativo è il "Health Extension Programme", coadiuvato dalla creazione delle "Health Development Army"²⁶, che insieme mirano a migliorare la copertura, l'accessibilità e la qualità dei servizi sanitari di base (Primary Health Care) a livello delle woreda.

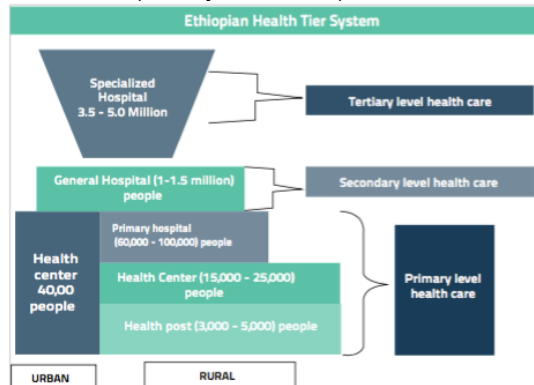


Figura 2. Il Sistema sanitario etiopico (tratto da HSTP)

Ai fini di raggiungere una Primary Health Care efficace, accessibile e diffusa su tutto il territorio nazionale, è necessario investire maggiori risorse nello sviluppo dei sistemi sanitari di base nell'ambito di un più ampio rafforzamento dei sistemi sanitari nelle sue componenti identificate dall'OMS, dette *Building Blocks*, in particolare:

- Il sistema informativo sanitario
- Il sistema logistico e di gestione farmaceutica
- Il sistema di finanziamento dei servizi
- Lo sviluppo delle risorse umane.

Per quanto compete il problema dell'equità, il FMOH ha redatto il piano d'azione²⁷ al fine di garantire l'equità dell'uso e dell'offerta dei servizi sanitari nelle 4 Regioni Emergenti. In tale documento, vengono analizzati i punti deboli dei sistemi sanitari nelle aree in questione e le strategie per supplire a questi. Sono identificate 9 strategie che di seguito vengono così descritte:

- 1) **Strategia 1:** Rafforzare la *leadership, la governance e il management*
L'intervento principale in questa strategia comprende dei corsi di formazione specifici per i leaders dei centri di salute e degli uffici di Woreda (distretto) affinché la loro motivazione, la loro accountability e la loro capacità gestionale migliorino e siano d'esempio per il personale a loro afferente;
- 2) **Strategia 2:** Consolidare l'impegno e la partecipazione della comunità
Considerando il coinvolgimento della comunità basilare per la PHC, le azioni si concentrano sulla mobilitazione sociale attraverso la creazione di istituzioni consolidate

²⁶ Sono gruppi di donne volontarie che supportano l'azione di prevenzione e promozione di salute attuate dagli Health Extension Workers.

²⁷ FMOH, Transforming Health Status and Health systems in the Developing Regional States and selected Zones with Suboptimal Performance, Equitable health services for all. Plan of Action 2016-2020, January 2016, Addis Ababa

e riconosciute, quali HDA²⁸ e HEP²⁹, e con meccanismi partecipativi e motivazionali, come le *model households* e le *kebele graduation*³⁰.

- 3) **Strategia 3:** Migliorare le capacità delle risorse umane e la loro gestione
In particolare, comprende interventi per la retention dello staff sanitario, quali la costruzione di una infrastruttura abitativa per lo staff operante in zone particolarmente rurali adiacente al HC o all'ospedale primario.
- 4) **Strategia 4:** Ottimizzare le infrastrutture sanitarie
Include sia la costruzione stessa di centri di salute in aree sprovviste o carenti, sia la fornitura dei servizi di elettricità (se possibile solare), del sistema di WASH&sanitation e della costruzione dell'inceneritore negli stessi.
- 5) **Strategia 5:** Risanare la catena di approvvigionamento e la logistica
L'implementazione, in particolare, di *Auditable Pharmacy Transactions and Services (APTS)*³¹ diventa la chiave di volta per assicurare la disponibilità continuativa di medicinali nei centri di salute.
- 6) **Strategia 6:** Rafforzare la mobilitazione di risorse, il *Health Care Financing* e la sinergia con i DPs
Grande enfasi viene data al *Community Based Health Insurance* che si preannuncia come strumento per abbattere le inequità e garantire l'accessibilità al servizio sanitario.
- 7) **Strategia 7:** Migliorare i risultati relativi alla salute attraverso un accesso equo ai servizi sanitari di qualità
Comprende un'azione che da una parte vada ad aumentare la domanda del servizio attraverso la mobilitazione sociale e dei leaders religiosi e dall'altra garantisca i centri di salute ben equipaggiati, con personale qualificato disponibile 24/7 ed empatico al fine di migliorare il rapporto etico fra professionista di salute e paziente.
- 8) **Strategia 8:** Migliorare la resilienza al fine di prevenire e gestire le emergenze.
In considerazione che le 4 Regioni emergenti sono più inclini a disastri naturali quali inondazioni, siccità e epidemie, è necessario sviluppare un sistema in grado di identificare precocemente eventuali emergenze sanitarie e saperle prevenire prima della diffusione. Le istituzioni regionali responsabili di ciò sono il *Regional Health Emergency Management Body* e il *Regional Disaster Preparedness and Response Body*, entrambi con fondi propri dedicati.
- 9) **Strategia 9:** Migliorare la ricerca e l'evidenza scientifica.
Si collega alla *Transformation Agenda dell'Information Revolution* poiché l'uso e la diffusione dei dati sono la chiave per una programmazione efficace ed efficiente.

Il contributo pertanto andrà a supporto diretto dell'implementazione del programma sanitario a livello nazionale e a livello regionale, sotto la responsabilità esecutiva del Ministero della Sanità stesso che identifica i bisogni prioritari nazionali e da questi ha disegnato la strategia nazionale per raggiungere i risultati sul territorio nazionale nel settore sanitario indicati nel documento guida HSTP. Il contributo, essendo parte di un Fondo multi donatori, sarà parte del budget che mira prioritariamente al rafforzamento dei sistemi sanitari, pilastro fondamentale per migliorare la salute della popolazione. L'AICS Sede di Addis Abeba sarà responsabile del monitoraggio e della

²⁸ Health Development Army, sono dei gruppi volontari di donne istruite dagli HEWs sulle tematiche di prevenzione e promozione di salute al fine che queste disseminino l'informazione e le conoscenze sanitarie nella comunità, aumentando conseguentemente anche l'uso dei servizi sanitari del HP. Si struttura in modo tale da raggiungere tutte le abitazioni perchè si propaga a rete di 1 su 5 (1 to 5 Network).

²⁹ Health Extension Package: formazione di terzo livello degli Health Extension Workers (HEWs) operanti negli HPs, con particolare attenzione al contesto pastoralista dove si auspica l'implementazione di uno specifico HEP dedicato.

³⁰ Sono le famiglie che adottano i 16 servizi del HEP, diventando così modello per la comunità. A loro viene consegnato un certificato con una cerimonia solenne al seguito del quale viene loro chiesto di formare ed incentivare 5 famiglie ad adottare i 16 servizi sanitari (seguendo lo schema 1 a 5).

³¹ Sistema che introduce transazioni e servizi farmaceutici trasparenti e responsabili che si traducono in una fornitura continua di farmaci essenziali, un utilizzo ottimale del budget e migliori servizi farmaceutici.

supervisione degli interventi in base al principio di trasparenza e a quanto sottoscritto nel JFA. Infatti l'AICS sta seguendo un approccio sempre più orientato verso l'armonizzazione e l'allineamento, ma tenendo in considerazione anche la performance e soprattutto il raggiungimento di risultati concreti, tracciabili tramite i DLIs, il cui adempimento è requisito per l'erogazione della seconda tranche, ovvero per la componente a credito specifica per il miglioramento delle 4 Regioni "Emergenti". I DLIs, infatti, riguardano indicatori definiti per l'equità e la qualità dei servizi sanitari nelle suddette regioni (estratti dal Piano d'azione sopra descritto e condivisi con il FMOH), il cui raggiungimento dei target significherebbe il miglioramento generale del sistema esclusivamente in quelle aree, sia in termini di domanda che di offerta. Si conferma che tra i DLIs, vi è data attenzione anche all'aspetto nutrizionale, in quanto *cross-cutting* dell'intero Programma Paese.

4.4 Beneficiari

Poiché la presente iniziativa contribuisce al programma di settore Sanità, i beneficiari indiretti sono identificabili nella popolazione etiopica, stimata sui 105 milioni di abitanti, con particolare riferimento alle popolazioni delle aree rurali che maggiormente utilizzano i servizi sanitari di Primary Health Care (centri e posti di salute). Inoltre sono da considerarsi beneficiari diretti coloro che saranno direttamente coinvolti dalle attività di *capacity building* del programma. Pertanto si può schematizzare come segue:

Beneficiari indiretti:

- ✓ La popolazione etiopica (105 milioni);
- ✓ Le popolazioni delle aree rurali (oltre 75 milioni);
- ✓ Il personale sanitario del Ministero della Sanità federale e regionale (7.702 medici, 55.255 infermieri ed 13.446 ostetriche e 23.235 Health Extension Workers-HEWs; 10.129 Health Officers)³².

Beneficiari diretti:

- ✓ Il personale sanitario beneficiario dei training, identificati in varie tematiche (come iCCM³³, CBNC³⁴, CMAM³⁵);
- ✓ Il personale federale e regionale del settore sanitario beneficiario di formazioni ad hoc, come sulla leadership.

4.5 Correlazione fra Obiettivi Risultati ed Attività

Al fine di realizzare con successo l'intervento proposto dal FMOH nel settore sanitario, il finanziamento italiano mira a 3 Risultati attesi qui sotto elencati:

1. Il MoH ha sufficienti risorse finanziarie per realizzare l'HSTP;
2. Rapporto personale sanitario su popolazione per categoria e proporzione delle strutture sanitarie con personale secondo le norme sono incrementati;
3. Il servizio offerto a livello della PHC risulta migliorato;
4. Accesso e qualità dei servizi sanitari sono aumentati, in particolare nelle 4 Regioni "Emergenti".

³² FMOH, Health & Health related Indicators, EFY 2009

³³ Integrated Community Case Management

³⁴ Community Based Newborn Care Management

³⁵ Community Management of Acute Malnutrition

I suddetti Risultati attesi sono congrui all'**Obiettivo Specifico**, ovvero Incrementare la copertura e migliorare la qualità dei servizi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione offerti dal sistema sanitario attraverso il potenziamento della capacità del Ministero della Sanità di supportare le attività previste nell'HSTP, in vista del raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDG 3 specifico della Salute).

Per il **Risultato Atteso 1**, le attività previste sono le seguenti:

- 1) Fornire assistenza finanziaria al FMOH per l'SDG PF;
- 2) Partecipare ai meccanismi di coordinamento e monitoraggio assieme ad altri Partner per lo Sviluppo firmatari ed il FMOH.

Queste attività sono fondamentali al fine di garantire l'esecuzione delle successive attività che sono la realizzazione di parte della strategia sanitaria, l'HSTP, finanziata dal SDG PF.

Le attività pianificate per il **Risultato Atteso 2** sono sotto descritte:

- 1) Costruire capacità attraverso il monitoraggio e la supportive supervision del personale;
- 2) Contribuire alla formazione del personale sanitario attraverso training di capacity building e upgrading training;
- 3) Contribuire alla formazione del personale degli uffici sanitari dei vari livelli per un miglior management del sistema sanitario e miglior performance.

Al fine di offrire un servizio sanitario funzionante, la formazione nonché la presenza di personale sanitario preparato, anche in zone remote, sono essenziali. Le sovradescritte attività permettono infatti che la popolazione etiopica goda di personale qualificato e aggiornato anche in aree rurali e remote ove, per la natura stessa del territorio, è difficile oggi giorno garantire la presenza del personale che si trova isolato e poco motivato a restare. Si darà enfasi alla realizzazione di corsi di CRC³⁶ (una delle Transformation Agenda) che permetteranno di migliorare il rapporto professionista di salute e paziente afferente al servizio sanitario. Grazie alla formazione e al supporto tramite monitoraggi e supervisioni si attueranno delle forme di ritenzione del personale, cosa che a cascata comporterà un servizio migliore rivolto alla popolazione.

Per il **Risultato Atteso 3**, le attività predisposte sono:

- 1) Supportare il procurement di dispositivi e medicinali;
- 2) Contribuire allo sviluppo dell'Information Revolution;
- 3) Supportare la Woreda Transformation;
- 4) Promuovere le istituzioni pubbliche a sviluppare ricerche operative.

Grazie alle suddette attività, il servizio sanitario della PHC avrà a disposizione materiali, medicinali e un sistema HMIS necessari allo svolgimento del servizio stesso e conseguentemente l'offerta sanitaria sarà migliorata in termini anche di qualità. Le ricerche effettuate dalle istituzioni pubbliche saranno fonte di studio critico e rinnovamento per il futuro, mentre le occasioni di monitoraggio e supervisione potranno correggere gli errori in itinere e migliorare prontamente il sistema stesso. Infine, la realizzazione delle Transformation Agendas, quali in particolare l'information Revolution e la Woreda Transformation, consente di rafforzare il sistema a livello di Woreda, di migliorare la raccolta e uso dei dati a tutti i livelli, di fornire un servizio empatico e accessibile a tutti su tutto il territorio.

Per il **Risultato Atteso 4**, le attività sono le seguenti:

- 1) Contribuire al potenziamento del coinvolgimento delle comunità;
- 2) Contribuire allo sviluppo delle risorse sanitarie a beneficio della comunità;
- 3) Contribuire a ottimizzare le infrastrutture sanitarie;
- 4) Contribuire ad equipaggiare di farmaci essenziali le strutture sanitarie;

³⁶ Caring, Respectful and Compassionate

- 5) Contribuire al rafforzamento dell'*Health Care Financing*;
- 6) Contribuire ad aumentare l'accesso alle cure di qualità.

In conclusione, si vede la coerenza nello sviluppo dell'intervento che contribuirà all'Obiettivo generale di migliorare lo stato di salute della popolazione etiopica.

4.6 Partner finanziatori e Modalità di finanziamento

Come precedentemente detto, il SDG PF è un fondo multi donatori nel quale l'Italia contribuisce con 2.000.000 Euro a dono e 8.000.000 a credito d'aiuto.

Il contributo è coerente con le modalità previste dal Governo etiopico classificate in tre canali di finanziamento, come di seguito descritto:

1. **Canale 1:** contributo diretto al bilancio del governo. Erogazione e rendicontazione sono responsabilità del Ministero delle Finanze e dei *Bureaus* Finanziari Regionali. Esistono due modalità: **1a)** supporto al budget nazionale, indifferenziato e **1b)** supporto al budget con l'identificazione di uno o più specifici settori.
Il finanziamento dell'SDG PF sarà erogato secondo le modalità del Canale 1b.
2. **Canale 2:** il finanziamento è indirizzato verso i Ministeri di settore (la Sanità in questo caso), a ciascun livello amministrativo, i quali sono responsabili per la gestione e rendicontazione dei fondi allocati. Viene utilizzato dalla maggioranza dei donatori bilaterali e multilaterali e possono seguire sia le procedure finanziarie amministrative del GOE che quelle richieste dai donatori.
Nessun finanziamento secondo il Canale 2 è previsto nella presente proposta.
3. **Canale 3:** il finanziamento viene gestito direttamente dall'ente finanziatore, che è responsabile della rendicontazione dei fondi allocati (gestione diretta).
Nessun finanziamento secondo il Canale 3 è previsto nella presente proposta.

In particolare il contributo italiano realizza l'intenzione di contribuire al SDG PF quale canale preferenziale del Governo etiopico e strumento potenziale per il *sector wide approach* in Etiopia. Questo contributo implica un impegno dell'AICS a lavorare assieme al FMOH ed ad altri donatori, per il rafforzamento del funzionamento e dell'efficacia dello strumento "*pooled fund*" a livello federale, gestito dal FMOH, seguendo le procedure del Governo etiopico.

Gli altri donatori bilaterali e multilaterali che hanno firmato il JFA insieme all'Italia sono: DFID, Ambasciata dell'Olanda, dell'Irlanda, della Spagna, UNFPA, Unione Europea, UNICEF, OMS e Banca Mondiale, ma al fondo partecipa attivamente anche GAVI (The Vaccine Alliance).

4.7 Responsabilità esecutiva

L'iniziativa è regolata da una Intesa Tecnica (allegato E) concordato con MOF e FMOH. L'accordo stabilisce i principali obblighi delle due parti (italiana ed etiopica) per la realizzazione dell'iniziativa ed inoltre definisce il sistema di accreditamento delle risorse, nonché i meccanismi di esborso, procurement, monitoraggio, valutazione, controllo e le procedure di reporting. Il documento congiunto denominato *Joint Financing Arrangement* sottoscritto dall'Italia e da altri donatori col Governo etiopico, regola in tutti i suoi aspetti l'uso dell'SDG PF.

L'ente esecutore del programma è il Ministero della Sanità (FMOH) che dovrà:

- comunicare i dettagli del conto corrente SDG per consentire all'AICS di effettuare i trasferimenti, quando l'accordo intergovernativo entrerà in vigore.
- essere responsabile della gestione del fondo in conformità con le prescrizioni del JFA.

4.8 Metodologia e Modalità di gestione ed esecuzione

Nella Gestione complessiva della proposta prendono parte i seguenti organismi:

- il Ministero delle Finanze (Ministry of Finance of Ethiopia – MOF) che rappresenta il Governo Etiopico come controparte nella stipula dell'accordo intergovernativo. È firmatario dell'accordo bilaterale per il Programma con il Governo italiano ed assicurerà che quanto previsto nella bozza di Accordo sia rispettato;
- il Ministero della Sanità (Federal Ministry of Health - FMOH) che è l'ente esecutore del Programma – come spiegato nel paragrafo 4.7;
- la National Bank of Ethiopia (NBOE) agirà come amministratore del conto speciale denominato "Ministry of Health SDG PF" in Dollari USA. Il suddetto conto è aperto dal FMOH con l'assistenza del MOF ed è il conto ove tutti i partecipanti del SDG PF (firmatari del JFA) versano i rispettivi fondi secondo le modalità stabilite nel JFA.

Per quanto concerne la parte italiana, le istituzioni di riferimento sono l'AICS Roma e l'AICS Sede estera di Addis Abeba, in dettaglio:

- L'AICS Roma, che rappresenta il Governo italiano per l'attuazione dell'accordo di Programma, agirà come ente finanziatore per i fondi trasferiti secondo la modalità illustrata nella Legge 11 Agosto 2015 n.125;
- L'AICS di Addis Abeba è la sede estera che rappresenta l'AICS in Etiopia che eseguirà attività di supervisione e valutazione, congiuntamente con FMOH, secondo quanto sottoscritto nel JFA.
- Cassa Depositi e Prestiti (CDP) per ogni attività inerente alla gestione del credito d'aiuto, sulla base di un accordo finanziario stipulato con il MOF.

4.9 Modalità di realizzazione

La realizzazione delle attività è affidata al Ministro della Sanità che seguirà le sue procedure e le modalità indicate nel documento JFA sottoscritto dal Governo etiopico ed i partners allo sviluppo (*Development Partners –DPs*) che contribuiscono al fondo.

In quanto fondo comune, la gestione del SDG PF è condivisa in modo trasparente attraverso la partecipazione agli organi di governo congiunti Governo-Donatori quali il JCCC³⁷, JFC³⁸, HPN Donor Group³⁹ e l'ARM⁴⁰. Le attribuzioni di questi organi sono definiti nel JFA .

Le principali aree di utilizzazione del SDG PF sono il *procurement di health commodities* e il rafforzamento dei sistemi sanitari, in particolare la *primary health care unit e il capacity building*. Il finanziamento delle spese correnti (per esempio i salari) è esplicitamente escluso. La prioritizzazione delle attività e le relative spese saranno pianificate congiuntamente su base annuale tra il Ministero della Sanità e i donatori durante l'Annual Review Meeting (ARM), tenutosi dal 22 al 26 Ottobre 2018, dal quale è derivato il Plan of Action contenente le raccomandazioni emerse durante l'ARM e la prioritizzazione delle attività.

Sono poi concordati rapporti finanziari e d'attività trimestrali (segue il calendario etiopico) e rapporti di audit annuali da sottoporre ai donatori, disciplinati dal JFA.

³⁷Joint Core Coordination Committee, organo tecnico che si riunisce bisettimanalmente.

³⁸Joint Consultative Forum, organo di dialogo tra Governo etiopico e donatori e si riunisce ogni sei mesi.

³⁹Health Population and Nutrition Donor Group, parte del Donor Assistance Group (DAG), che si riunisce mensilmente.

⁴⁰Annual Review Meeting, incontro di settore che avviene annualmente, di solito a inizio anno etiopico.

4.10 Condizioni per l'avvio

L'avvio delle attività dipenderà dalla firma dell'Intesa Tecnica con il governo etiopico e dall'erogazione del contributo al SDG PF.

Come esplicitato nell'articolo 9.5 (Flow of funds) del JFA, le seguenti precondizioni devono essere soddisfatte per procedere all'accreditamento del fondo, ovvero il Ministero della Sanità avrà trasmesso ai donatori facenti parte del SDG PF:

- i. I rapporti di audit annuali dell'anno fiscale etiopico precedente, conformi a quanto richiesto nell'art.11 del JFA;
- ii. Il Report sullo stato di avanzamento della risposta alle raccomandazioni segnalate dall'Audit dell'anno precedente;
- iii. Il Piano d'Azione a risposta delle raccomandazioni emerse dall'Audit recente;
- iv. I rapporti finanziari e d'attività del terzo trimestre dell'anno fiscale etiopico (Aprile) precedente;
- v. Il Piano Comprensivo Annuale e la previsione di spesa del SDG PF sono concordati con i donatori per l'anno interessato.

Al momento della redazione della presente proposta di finanziamento, si fa presente che le sopra elencate precondizioni sono state soddisfatte.

4.11 Piano Finanziario

Il contributo italiano all'implementazione del HSTP e in particolare delle attività sopra descritte finanziate dal SDF PF è significativo in quanto parte di un fondo unico che realizza il piano nazionale di settore. In dettaglio la componente a credito d'aiuto si focalizza sugli interventi a beneficio delle 4 Regioni "Emergenti" in quanto il suo disborso, per la seconda tranche, è soggetto al raggiungimento dei target dei DLIs, indicatori di performance del servizio sanitario nelle specifiche Regioni.

Il piano finanziario (Allegato B) è stato redatto secondo le disposizioni fornite dall'Ordine di Servizio n. 14432 del 16/12/2016 e il Piano dei Conti allegato a tale Ordine.

Il contributo totale richiesto per la realizzazione del progetto è pari a Euro 10.000,00, ed è così ripartito:

	€ (1a annualità)	€ (2a annualità)	€ Totale
Finanziamento a dono (GoE)	2.000.000		2.000.000,00
Credito d'aiuto (GOE)	5.000.000	3.000.000	8.000.000,00
Totale (€)	7.000.000	3.000.000	10.000.000,00

- Fondi a credito d'aiuto

I fondi a credito d'aiuto saranno erogati in due tranches e il tempo stimabile è di 24 mesi, in considerazione che nel 2020 dovrebbero essere disponibili i risultati della mini EDHS, da cui è possibile verificare il raggiungimento dei target dei DLIs. I tre DLIs sono indicatori che riguardano le donne, i bambini e la nutrizione, esclusivamente nelle quattro Regioni Emergenti quindi con target regionali specifici. Infatti, nell'Accordo finanziario, elaborato successivamente fra Cassa Depositi e Prestiti e MOF, con l'assistenza di questa sede AICS, verranno sanciti i criteri di erogazione della seconda e ultima tranche che dovranno considerare sia l'aspetto finanziario sia la performance, misurabile attraverso i DLIs. La prima tranche, invece, sarà erogata come

contributo iniziale senza vincoli ed è maggiore in quanto grande sforzo richiede il miglioramento della salute della popolazione afferente alle strutture sanitarie delle quattro regioni in questione e ogni donatore è chiamato a offrire massimo supporto. Il possibile ritardo temporale nel rilascio dei dati EDHS, e quindi nell'erogazione della seconda tranche da parte di CDP, motiva l'erogazione di una prima tranche più consistente al fine di evitare soluzioni di continuità nelle attività.

- **Fondo a dono Art. 7 Legge 125/14**

Il Fondo a dono comprende un'unica tranche di 2 Milioni di Euro, che andrà nel pool a sostegno dell'implementazione del piano nazionale di settore.

4.12 Sostenibilità, replicabilità

Per quanto concerne la sostenibilità politica e istituzionale dell'iniziativa, vi sono due elementi da citare:

- ✓ L'esistenza di un Piano di Sviluppo di Settore (il già menzionato HSTP) nel quadro della metodologia SWAP41 che comporta una forte ownership e la partecipazione attiva dei donatori, comportando perciò un lavoro integrato e sostenuto dall'impegno politico locale;
- ✓ La redazione ogni anno del Comprehensive Annual Plan che pianifica nel dettaglio ogni attività necessaria per realizzare le ambizioni del HSTP, il quale poi viene corredato dal Plan of Action conseguente all'ARM, ove il FMOH, accogliendo le raccomandazioni emerse durante l'ARM da parte dei donatori e delle altre autorità sanitarie, effettua una prioritizzazione delle attività;
- ✓ L'erogazione dei servizi sanitari decentrati, ovvero le Regioni sono autonome nella definizione dei loro budget seguendo la programmazione sanitaria nazionale, le cui linee guida per l'esecuzione, il monitoraggio e la valutazione sono dettate dal Ministero della Sanità.

Rispetto alla sostenibilità ambientale, si sottolinea che la proposta, appoggiando il miglioramento dei servizi sanitari in tutte le sue componenti, include anche l'aspetto ambientale nei termini di costruzione di latrine e *waste management*, come prospetta anche SDG 6.

Riguardo, invece, alla sostenibilità economica e finanziaria, si evidenzia che il Governo etiopico è il principale ente finanziatore del settore sanitario ed il contributo italiano al SDG PF provvede fondi addizionali per un periodo di tempo limitato, ai fini di raggiungere gli SDG. Pertanto si notano come elementi sostenibili:

- ✓ L'SDG PF di per sé testimonia una forte ownership che il Paese esercita nel processo di sviluppo;
- ✓ La struttura federale del Paese assicura mandati chiari ai diversi livelli: l'FMoH a livello federale ha la funzione di determinazione delle politiche sanitarie mentre i livelli regionali e sub-regionali ricoprono funzioni di realizzazione delle attività. I due livelli hanno budget autonomi;
- ✓ I principi di partnership tra MOF, FMoH e i DPs (Donatori) sono condivisi e sottoscritti nel Country Compact dell'International Health Partnership (IHP).

4.13 Rischi e misure di mitigazione

Il contributo italiano si inserisce nel quadro di un sostegno internazionale al settore sanitario di fondamentale importanza. Un eventuale ridimensionamento degli aiuti internazionali potrebbe portare conseguentemente ad una riduzione della copertura dei servizi sanitari con inevitabili conseguenze sulla salute della popolazione. Tuttavia, come fattore che mitiga il rischio sovra

⁴¹Sector-wide Approach

descritto, si evidenzia che il programma sanitario rappresenta comunque una priorità per il governo del Paese e per l'agenda politica internazionale.

Un fattore di rischio potrebbe essere il sopraggiungere di disastri e calamità naturali (quali epidemie, alluvioni, siccità), che sono comunque soggetti ad un sistema di sorveglianza e controllo, volto a limitare l'impatto sul sistema sanitario. Oltre a ciò detto, il quadro socio-politico che caratterizza recentemente il Paese è molto precario e con forti tensioni interne che hanno causato grandi movimenti di persone da una Regione ad un'altra (IDPs). Questa situazione è ben affrontata dal GOE e dalle Agenzie Internazionali con il supporto dei DPS, in particolare per garantire e proteggere i diritti umani della popolazione vulnerabile a detti shock.

4.14 Monitoraggio e Valutazione dei risultati

Il contributo italiano al SDG PF si inserisce in un *framework* operativo stabilito e concordato tra Governo etiopico e Donatori ed è pertanto sottoposto alle procedure ed ai meccanismi di governo congiunto istituiti per la sua esecuzione e sanciti dal JFA. In questo si definisce il monitoraggio congiunto nell'istituzione del JRM; Joint Review Mission, dove i donatori e il governo effettuano delle visite sul campo ai fini di monitorare l'effettivo miglioramento del sistema sanitario e il beneficio alla popolazione.

I principi dell'International Health Partnership, *Ethiopia IHP Country Compact* e l'approccio SWAP implicano, inoltre, la pianificazione e il finanziamento congiunto nonché sistemi di monitoraggio e valutazione congiunta FMOH e donatori. Questo approccio dovrebbe minimizzare la necessità di monitoraggio e valutazione effettuate dai singoli donatori con sistemi paralleli, sebbene non si escludono eventuali valutazioni esterne, come descritto nella bozza dell'intesa tecnica allegata alla presente proposta.

4.15 Gestione delle conoscenze e strategia di comunicazione

- La gestione delle conoscenze e la strategia di Comunicazione/Disseminazione rappresenta una priorità per i soggetti coinvolti nella presente proposta di finanziamento, partner istituzionali del Governo Etiope e i Paesi donatori.
- Le conoscenze acquisite attraverso i rapporti tecnici e finanziari acquisiti mediante la partecipazione degli esperti italiani ai fora di governo congiunto verranno trasmesse attraverso rapporti tecnici che verranno divulgati ai portatori di interesse.
- Inoltre lo stato di avanzamento del programma e il raggiungimento dei risultati saranno diffusi in ambito nazionale ed internazionale attraverso seminari o workshop divulgativi, comunicazioni a congressi e pubblicazioni su riviste scientifiche con peer review. I documenti prodotti saranno sistematicamente inoltre accessibili online, sul sito del FMOH e dell'AICS di Addis Abeba (sito web, Facebook e Twitter) e divulgati anche attraverso i tradizionali canali di comunicazione.

5. CONSIDERAZIONI GENERALI E CONCLUSIONI

L'iniziativa "Contributo italiano al SDG PF" rappresenta una componente importante del Programma nazionale quinquennale (HSTP) di trasformazione del settore sanitario del Paese, oltre ad essere la prosecuzione di un impegno preso ormai da diversi anni che ha dato buoni risultati.

Risponde, inoltre, puntualmente agli impegni politici presi dall'Italia in ambito internazionale ed è concepito in linea con i principi di armonizzazione e allineamento. Il nuovo approccio dell'AICS nell'erogazione della componente a credito d'aiuto potrebbe risultare utile anche agli altri donatori del fondo e essere un esempio di nuovo criterio di erogazione dei fondi, che non considera il solo utilizzo finanziario ma anche l'effettivo impatto.

6. ELENCO ALLEGATI

- A. Lettera di richiesta del proponente;
- B. Piano Finanziario in formato Excel;
- C. Quadro Logico completo di indicatori, target e baseline;
- D. Cronogramma;
- E. Bozza di Intesa Tecnica;
- F. Accordo pregresso su "Contributo italiano al MDG Performance Fund (MDG Fund) – 2013-2015";
- G. Bozza di Delibera del Comitato Congiunto e Nota Informativa al Comitato Congiunto;
- H. JFA Joint Financing Agreement;
- I. Marker Efficacia.

Luogo e Data: Addis Abeba, 18 Aprile 2019

Redattore della Proposta di finanziamento: Laura Porcellato



Direttore Sede Estera/Responsabile iniziativa Sede Centrale⁴²:



⁴²Nel caso di progetti gestiti in Italia ("non deconcentrati"), prima di presentare la Proposta di Finanziamento, il responsabile dell'iniziativa a Roma o a Firenze lavora in coordinamento con la/e sede/i AICS di riferimento.