



*Ministero degli Affari Esteri
e della Cooperazione Internazionale*

Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo
Unità Tecnica Centrale

Mae/Sede/P/4050/UTC/AT3

Roma, 13 ottobre 2014

Prot.:

NOTA TECNICA

Oggetto: Etiopia, Iniziativa Supporto italiano allo sviluppo dei sistemi sanitari nelle regioni Oromia e Tigray – Osservazioni da parte dell'Ufficio X

Rif: Messaggio Uff. IV DGCS prot. 0214853 del 03.10.2014

In relazione al parere formulato dall'Ufficio X/DGCS, si precisa quanto segue:

1. Per quanto concerne l'incongruenza tra la durata dell'iniziativa e la ripartizione delle risorse dell'iniziativa indicata al punto 2.5, si fa presente che quest'ultima rappresentava quanto inizialmente previsto e riportato all'interno del programma paese. Successivamente, nel corso della formulazione dell'iniziativa, è stato convenuto con le autorità locali di concentrare l'azione in 15 mesi mantenendo inalterato l'importo. Si è comunque provveduto a rimuovere questa incongruenza dalla Valutazione Tecnico Economica.
2. Per quanto attiene alla questione relativa al contributo del 25% per le autorità locali si precisa che non si trattava del riconoscimento di una "fee" al Ministero della Sanità, per lo svolgimento di attività di procurement, ma di una componente dell'iniziativa che assorbiva il 25% dei fondi e che era destinata all'acquisto di medicinali, acquisto di competenza dei servizi del Ministero in quanto attività svolta a livello centrale. Gli uffici regionali di sanità di Oromia e Tigray non sono da considerarsi entità distinte dal Ministero della Sanità, ma articolazioni

amministrative dello stesso. Ne consegue che l'attribuzione del 25% del finanziamento al Ministero della Sanità centrale (per gli acquisti centralizzati di beni) e del restante 75% ai due Uffici regionali di Oromia e Tigray non è che una mera ripartizione del finanziamento fra i diversi livelli dello stesso Ministero, derivata dallo studio dei bisogni effettuato in via presuntiva in fase di identificazione congiunta del programma. Si è comunque provveduto a meglio chiarire questo aspetto modificando opportunamente quanto riportato al paragrafo 5.4 della valutazione Tecnico Economica.

L'esperto UTC

Fabio Melloni





Ministero degli Affari Esteri
e della Cooperazione Internazionale

DIREZIONE GENERALE PER LA COOPERAZIONE ALLO SVILUPPO
UNITA' TECNICA CENTRALE

Mae/Sede/P/4050/UTC/AT3

ROMA,

PROPOSTA DI FINANZIAMENTO

Paese: ETIOPIA

Paese beneficiario	ETIOPIA
Titolo dell'iniziativa	Supporto italiano allo sviluppo dei sistemi sanitari nelle regioni Oromia e Tigray
Settore	Sanitario
Capitolo di spesa	2182
AID n.	
Canale di finanziamento	Bilaterale
Organismo finanziatore	MAECI/DGCS
Importo complessivo	Euro 4.140.000 di cui:
<i>Finanziamento slegato</i>	- Art. 15 Reg. L. 49/87: Euro 3.500.000
<i>Finanziamento legato</i>	- Fondo Esperti: Euro 240.000
<i>Finanziamento slegato</i>	- Fondo Gestione in Loco: Euro 400.000
Ente esecutore	Ministero delle Finanze/ Ministero della Sanità etiopico e MAECI (per la gestione diretta)
Organismo realizzatore	Ministero della Sanità etiopico, Uffici Regionali Sanitari dell'Oromia e del Tigray
Modalità di finanziamento	Dono
Durata	15 mesi
Grado di slegamento	Parzialmente slegato 94% slegato – 6% legato
Obiettivo del millennio	Prevale O4 – T4A, ma anche O5 – T5A, T5B
Settore OCSE/DAC	12110 – Politiche per la sanità e gestione amministrativa 12220 – Cura della salute di base
Accountability G8	Maternal health and child health
Indicatori temi OECD/DAC	Uguaglianza di genere: Significant Ambiente: Not targeted Sviluppo Partecipativo/Buon Governo: Significant Sviluppo del commercio: Not targeted
OCSE/DAC“Rio Markers”	Biodiversità: Not targeted Cambiamento climatico: Not targeted Lotta alla desertificazione: Not targeted Adattamento ai cambiamenti climatici: Not targeted
Title in English	<i>Italian Support to Health System Strengthening in</i>

	<i>Oromia and Tigray Regions</i>
Summary in English	<i>The initiative intends to continue the Italian contribution to the health sector development program (HSDP). 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. This initiative has two components: 1) Technical and financial support to Regional Health Bureaus of Oromia and Tigray and 2) Technical assistance at central and regional district Ministry of Health.</i>
Sommario	L'iniziativa intende proseguire il contributo italiano al Programma di sviluppo del settore sanitario (HSDP). L'Italia ha già supportato i precedenti piani di sviluppo quinquennali del settore, contribuito al rafforzamento di servizi e sistemi sanitari ed al miglioramento dello stato di salute della popolazione. La presente iniziativa si articola in due componenti: 1) Supporto tecnico e finanziario agli Uffici Sanitari Regionali dell'Oromia e del Tigray e) Assistenza tecnica al Ministero della sanità centrale, regionale e distrettuale.

Responsabile tecnico dell'iniziativa: Dott. Fabio Melloni

Indice

1.	PRESENTAZIONE DELL'INTERVENTO	6
1.1.	Sintesi del Documento e Responsabili	6
1.2.	Documentazione Utilizzata.....	7
1.3.	Matrice del Quadro Logico.....	8
1.4.	Schema Finanziario	11
2.	CONTESTO DELL'INTERVENTO.....	11
2.1	Origini, Identificazione e Formulazione.....	11
2.2	Contesto Nazionale.....	12
2.3	Contesto Regionale.....	12
2.4	Quadro Settoriale e Interventi.....	13
2.5	Politiche del settore sanitario in Etiopia e il ruolo dell'Italia	13
	Strategia del settore sanitario per gli anni 2010 – 2015.....	15
2.6	Problemi da Risolvere.....	15
2.7	Gruppo Destinatario, Istituzioni, Organismi e altri attori coinvolti nella realizzazione.....	16
	<i>Gruppo Destinatario</i>	16
	<i>Istituzioni e altri Organismi Coinvolti</i>	16
3.	STRATEGIA D'INTERVENTO.....	17
3.1	Selezione della Strategia d'Intervento	17
3.2	Obiettivo Generale.....	18
3.3	Obiettivo Specifico ed Indicatori	18
3.4	Risultati Attesi ed Indicatori	19
3.5	Attività	19
4.	FATTORI ESTERNI	20
4.1	Condizioni e Rischi.....	20
5.	REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO	21
5.1	Modalità di realizzazione.....	21
5.2	Quadro Istituzionale e Responsabilità per la Realizzazione del Progetto	22
5.3	Metodologia di Intervento	24
5.4	Risorse e Stima dei Costi	25
5.5	Tempi di realizzazione.....	35
6.	FATTORI DI SOSTENIBILITA'	36
6.1	Misure politiche di sostegno	36
6.2	Quadro istituzionale e capacità gestionali	36
6.3	Aspetti ambientali.....	36
6.4	Problematiche legate alla questione di genere e alla pari opportunità.....	36
6.5	Sostenibilità economica e finanziaria	37
7.	MONITORAGGIO E VALUTAZIONE.....	37
8.	CONCLUSIONI	38
9.	ALLEGATO 1 ToR Consulenti.....	39
	Termini di riferimento dell'Italian Expert - Capo programma.....	39
	Termini di riferimento Esperto in monitoraggio finanziario	39
	T.o.R ESPERTO IN SISTEMI INFORMATIVI SANITARI	40
10.	MARKER EFFICACIA.....	41
11.	PRINCIPI GUIDA SALUTE: MARKER DI EFFICACIA	48

ACRONIMI

EFY	<i>Ethiopian Financial Year</i>
DGCS	<i>Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo</i>
GoE	<i>Government of Ethiopia</i>
GTP	<i>Growth and Transformation Plan</i>
HMIS	<i>Health Management Information System</i>
HRD	<i>Human Resource Development</i>
HSDP	<i>Health Sector Development Programme</i>
IHP	<i>International Health Partnership</i>
JCCC	<i>Joint Core Coordinating Committee</i>
JRM	<i>Joint Review Mission</i>
MDG	<i>Millennium Development Goal</i>
MOH	<i>Ministry of Health</i>
FMoH	<i>Federal Ministry of Health</i>
MoFED	<i>Ministry of Finance and Economic Development</i>
PBS II	<i>Protection of Basic Services – second phase</i>
PIC	<i>Person in Charge</i>
PoA	<i>Plan of Action</i>
SAR	<i>Semi Annual Report</i>
SC	<i>Steering Committee</i>
TOR	<i>Terms of Reference</i>
UTL	<i>Unità Tecnica Locale</i>
WB	<i>World Bank</i>

1. PRESENTAZIONE DELL'INTERVENTO

1.1. Sintesi del Documento e Responsabili

Il Governo italiano ed il Governo etiopico hanno sottoscritto, nel maggio 2013, un Accordo quadro di Cooperazione per il periodo 2013-2015¹ che indica tre modalità di finanziamento (multilaterale, bilaterale e credito d'aiuto) e diversi settori di intervento quali educazione, sanità, sviluppo rurale e *water e sanitation*.

Seguendo le indicazioni della DGCS, l'Ufficio di Cooperazione dell'Ambasciata Italiana ad Addis Abeba ed i Ministeri della Sanità e delle Finanze etiopici hanno concordato la formulazione dell'iniziativa, elaborata sulla base delle *best practices* dei precedenti programmi di Cooperazione nel settore sanitario.

La formulazione della presente iniziativa ha tenuto conto ed è perfettamente integrata nel Piano Sanitario Nazionale del Paese HSDP² (attualmente è in corso la quarta fase di tale piano - HSDP IV).

Nel rispetto dei principi di armonizzazione, allineamento degli aiuti e promozione dell'*ownership* degli interventi, l'Italia sosterrà l'HSDP a livello centrale (Ministero della Sanità) e periferico, attraverso attività specifiche in due Regioni di intervento (Oromia e Tigray).

Finalità del presente Programma è quella di incrementare la copertura e migliorare la qualità dei servizi di promozione, prevenzione e cura della salute attraverso il rafforzamento dei sistemi sanitari e delle capacità di generare e usare l'informazione (HMIS), contribuendo allo sviluppo delle risorse umane del settore sanitario (HRD) e migliorando la qualità dei servizi sanitari di base.

La presente proposta è in linea con le priorità dell'HSDP IV, selezionate in funzione dei problemi di salute prevalenti in Etiopia e degli obiettivi dell'MDG quali: migliorare la salute materno- infantile, ridurre l'incidenza delle malattie trasmissibili e rafforzare i sistemi sanitari.

L'esecuzione delle attività sarà affidata al Ministero della Sanità etiopico (MoH) nelle sue articolazioni centrale e regionali di Oromia e Tigray con il supporto dell'assistenza tecnica italiana, concordata col Ministero della Sanità ed in linea con Le "Technical assistance guidelines" dello stesso MoH, per ciò che riguarda il rafforzamento di sistemi sanitari. Una attenzione particolare sarà data allo sviluppo dei sistemi d'informazione sanitari (Health Information Systems - HISs) che rappresenta una delle aree che hanno maggiormente caratterizzato la presenza della nostra Assistenza tecnica.

La componente del programma riguardante il supporto tecnico e finanziario a livello centrale del MoH e dei due Uffici Regionali di Sanità di Oromia e Tigray sarà realizzata con le modalità ex art. 15 del Regolamento d'esecuzione della legge 49/87, attraverso un finanziamento al governo etiopico di **EURO 3.500.000** (Componente 1). I meccanismi di gestione e di amministrazione sono indicati nella bozza di accordo intergovernativo³ allegata alla presente proposta. Da parte etiopica, il MoFED avrà la responsabilità della firma dell'accordo bilaterale.

Oltre i fondi trasferiti al Governo etiopico, il progetto prevede un fondo a gestione diretta DGCS, di **640.000 Euro** (Componente 2) per Assistenza tecnica mirato a: i) provvedere assistenza tecnica al FMoH per costruire capacità nelle aree del *Health Information System*, Sviluppo delle Risorse Umane nel settore sanitario ecc; ii) potenziare le capacità operative nel settore sanitario delle due Regioni; iii) partecipare all'interno del Piano Nazionale (HSDP) assieme al FMoH ed altri donatori, alle attività di monitoraggio dell'HSDP come specificato nell' *Health Harmonization Manual*. Del

¹ *Ethio-Italian Cooperation Framework 2013-2015*

² *Health Sector Development Programme*

³ Tale accordo, del quale è allegato la bozza, già concordata a livello tecnico con le autorità etiopiche, stabilisce nel dettaglio le responsabilità di ciascun soggetto coinvolto e le procedure da adottare per l'utilizzazione dei fondi italiani.

fondo a disposizione della DGCS, **240.000 Euro** costituiranno il fondo esperti e i restanti **400.000 Euro** costituiranno il fondo di gestione in loco.

Il nuovo Programma Paese Italia Etiopia 2013 – 2015 all'interno del quale è previsto il finanziamento del presente programma, s'inserisce all'interno dell'esercizio di programmazione congiunta avviato dall'Unione Europea, a cui l'Italia ha pienamente aderito, ed è fondato su una strategia comune ("Joint cooperation Strategy") firmata da tutti i paesi membri e dal Commissario EU Piebalgs.

Il programma inoltre è complementare e coerente con le politiche di cooperazione allo sviluppo dell'UE, focalizzandosi sul settore sanitario che rientra tra i settori prioritari del secondo pilastro dell'Agenda for Change adottata nell'ottobre 2011.

1.2. *Documentazione Utilizzata*

La documentazione utilizzata per l'identificazione e la formulazione della presente proposta di finanziamento include:

- La Cooperazione Italiana allo Sviluppo nel triennio 2013–2015, Linee – guida e indirizzi di programmazione;
- Definizione dei Settori OCSE-DAC;
- Definizione degli OSM e relativi *Targets*;
- Marker Efficacia, Tabella 12.08.2014;
- Termini di riferimento delle Strutture Parallele per l'implementazione dei Programmi e dei Progetti (PIUs). Ordine di Servizio n. 11 del 04/08/2009;
- Piano programmatico nazionale per l'efficacia degli aiuti - Delibera n. 85 del 14/07/2009;
- Linee guida per l'uguaglianza di genere e empowerment delle donne, MAE, 2010
- Linee guida per la lotta contro la povertà, MAE, 2011;
- Salute globale: principi guida della cooperazione italiana 2014-2016 (bozza 26.08.2014);
- *Accelerated and Sustained Development to End Poverty (PASDEP)*, MoFED, 2007;
- *International Health Partnership Global Compact*;
- *Ethiopia IHP Country Compact*;
- *Growth and Transformation Plan* (GTP - Programma Nazionale di sviluppo quinquennale);
- *Health Sector Development Programme IV* (HSDP IV), MOH;
- *Health Harmonization Manual*, MOH;
- *Joint Financing Arrangement, version II revised December 2011*;
- *Ethio-Italian Framework of Cooperation – 2013-2015*;
- Strategia Globale per la salute delle donne e dei bambini, Muskoka Initiative, 2010
- Convenzione del sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, Consiglio d'Europa, Istanbul, 2011
- Partenariato Globale di Busan per una Cooperazione allo Sviluppo Efficace. OCSE, 2011
- Linee Guida di programmazione DGCS - Cooperazione Italiana allo Sviluppo. 2014-2016, Ministero Affari Esteri, 2014

1.3. Matrice del Quadro Logico

	Logica d'intervento	Indicatori	Fonti di verifica	Condizioni
<p>Obiettivo Generale</p>	<p>Migliorare lo stato di salute della popolazione Etiopica, secondo il piano strategico sanitario nazionale (HSDP) e in linea con gli MDG riguardanti la salute.</p>	<p>Tasso di mortalità infantile; Tasso di mortalità materna; Aspettativa di vita media alla nascita. Frequenziazione annua dei Servizi ambulatoriali per capita (Valore di base: 0,34); % di Distretti e Centri di salute con "catchment areas" e popolazione di riferimento aggiornate; Proporzione di istituzioni sanitarie con personale secondo standard.</p>	<p>DHS HMIS Rapporti del "Woreda Based Planning" Survey</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lo sviluppo del settore sanitario rimane la priorità del Governo etiopico; - L'interesse di tutti i Partner per lo Sviluppo di mantenere i loro impegni finanziari non diminuisce. - Il supporto finanziario del Governo etiopico all'HSDP è mantenuto; - Le condizioni di stabilità e sicurezza nel Paese persistono - Il contesto di dialogo armonizzato è mantenuto
<p>Risultati attesi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il MoH ha sufficienti risorse finanziarie per realizzare le attività di rafforzamento dei sistemi sanitari in Oromia e Tigray; 2. Decisori e Partner per lo Sviluppo meglio informati attraverso i Rapporti annuali di performance ed i Bollettini scientifici trimestrali; 3. Tempestività e completezza dei rapporti sanitari di routine migliorate; 4. Rapporto personale sanitario su popolazione per categoria incrementato; 5. Proporzionamento delle strutture sanitarie con personale secondo le norme incrementato; 6. Accesso, qualità ed uso dei servizi materni - infantili aumentati; 7. Accesso, qualità ed uso dei servizi sanitari preventivi aumentati; 8. Accesso, qualità ed uso dei servizi sanitari curativi aumentati. 			

	Logica d'intervento	Indicatori	Fonti di verifica	Condizioni
Attività	Per il risultato atteso 1 1. Fornire assistenza finanziaria al MoH per Oromia e Tigray; 2. Partecipare ai meccanismi di monitoraggio, assieme ad altri Partner per lo Sviluppo ed il MoH.	1. Erogazione dei fondi avvenuta secondo i piani; 2. Esperti italiani membri degli organi di governo congiunto dell'HSDP.	1. Rapporti semestrali di Oromia e Tigray 2. Verbali di riunione di JCCC, JCM and CJSC	
	Per i risultati attesi 2 e 3 1) Fornire assistenza tecnica al MoH su generazione e uso dell'informazione; 2) Partecipare attivamente al NAC ⁴ e alle attività ad esso connesse; 3) Fornire assistenza tecnica agli Uffici Sanitari Regionali per l'estensione nazionale dell'HMIS generale e comunitario (HMIS roll out); 4) Supportare, attraverso l'assistenza tecnica, la formazione e la supervisione per l'estensione nazionale dell'HMIS.	1. % di rapporti tempestivi e completi (valore di base indeterminato: l'HMIS scale-up è ancora in corso); 2. Pubblicazione regolare dell'Annual Performance Report e del Bollettino scientifico trimestrale del Ministero della Sanità.	1. HMIS 2. Rapporto ARM, Verbali di riunione del NAC	
	Per i risultati attesi 4 e 5 1) Costruire capacità attraverso la formazione e la supervisione; 2) Sviluppare strategie di ritenzione del personale; 3) Formare e distribuire nelle strutture il personale sanitario.	1. Ratio Personale sanitario su Popolazione per categoria (valori di base: 1 medico / 26943 abitanti; 1 infermiere / 3870 abitanti; 1 HEW / 2544 abitanti).	1. HMIS 2. Rapporto di sintesi HSDP III	
	Per i risultati attesi 6, 7 e 8 1) Supportare la disponibilità di "health commodities", attraverso la fornitura di farmaci ed attrezzature di base alle strutture sanitarie; 2) Supportare i processi di autovalutazione; 3) Fornire assistenza tecnica per la supervisione di sostegno; 4) Promuovere e supportare le istituzioni pubbliche nelle ricerche operative; 5) Sviluppare e stampare linee-guida e i manuali; 6) Supportare la revisione delle "catchment areas" e le riunioni di valutazione dei Centri di salute.	1. % di parti assistite da personale qualificato (valore di base: 23%); 2. Copertura vaccinale per Morbillo (valore di base 83%); 3. % di abitazioni che posseggono almeno una zanzariera impregnata di insetticida – ITN (valore di base 66%); 4. % di successo dei trattamenti della tubercolosi (valore di base 91%); 5. Numero di persone viventi con l'HIV/AIDS in trattamento con Anti-retrovirali (valore di base 308.860).	1. HMIS 2. HMIS, 3. HMIS 4, 5. HAPCO	

⁴ Health Information System - National Advisory Committee

	Risorse umane	Costi	Precondizioni
	<ul style="list-style-type: none"> - 8 mesi/uomo per l'Esperto Italiano Capo programma; - 8 mesi/uomo per l'Esperto in monitoraggio finanziario e valutazione gestionale; - 8 mesi uomo per Esperti tematici italiani "ad hoc" (Sistemi d'informazione sanitaria ecc.). - Personale etiopico e arredi d'ufficio e auto. 	<p>Totale: € 4.140.000 di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - € 3.500.000 al MoH per RHBS. - € 240.000 per Assistenza Tecnica - € 400,000 per Fondo in loco 	<ul style="list-style-type: none"> -Firma dell'accordo tra MAECI/DGCS & MoFED. -Assegnazione da parte del MoH del PIC; -Assegnazione da parte del MAECI/DGCS di Esperto Italiano Capo programma, Esperto amministrativo ed Esperto tematico.

1.4. Schema Finanziario

La durata prevista del programma è di 15 mesi. Il trasferimento dei fondi ex Art.15 al Governo etiopico avverrà in unica tranche, e sarà regolato da apposito Accordo intergovernativo la cui bozza è allegata alla presente proposta di finanziamento. La seguente tabella riassume lo schema finanziario riportato nel successivo par. 5.4:

	COMPONENTI	Totale	Canale
1	Rafforzamento sistemi sanitari MoH ed Uffici sanitari regionali di Oromia e Tigray	3.500.000	2
2	Fondo esperti per Assistenza tecnica	240.000	3
	Fondo in loco	400.000	
	TOTALE	4.140.000	

2. CONTESTO DELL'INTERVENTO

2.1 Origini, Identificazione e Formulazione

L'Italia sostiene in Etiopia iniziative per la riduzione della povertà ed il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDG) ed a sostegno del Piano nazionale di Sviluppo quinquennale (Growth and Transformation Plan - GTP). La Cooperazione Italiana è inoltre impegnata nell'adozione dei principi della Dichiarazione di Parigi per l'efficacia dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (2005), confermati dall'*Accra Agenda for Action* (2008), 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 i donatori.

In particolare, la presente iniziativa si svolgerà a favore del settore sanitario etiopico considerato prioritario nell'ambito delle Linee Guida settoriali e di programmazione della DGCS.

Il **Programma Paese** italo-etiopico corrente è stato disegnato in linea con gli obiettivi del GTP e dell'EU+ Joint Cooperation Strategy for Ethiopia. Il 16% delle risorse pari a Euro 15.800.000 sono dedicate al settore sanitario e ripartite secondo lo schema seguente:

	Iniziativa	Euro	Modalità
1	Contributo all'Health Pooled Fund (HPF)	300.000	Multilaterale (cap. 2180)
2	Contributo al Millennium Development Goals Fund (MDG Fund)	7.000.000	Bilaterale (cap.2182)
3	Rafforzamento sistemi sanitari regionali (HIS)	3.500.000	Bilaterale (cap.2182)
4	Credito d'aiuto al settore sanitario	5.000.000	Credito d'aiuto

I fondi relativi alle prime due iniziative (HPF e MDG Fund), con l'aggiunta di un Fondo di gestione in loco, sono già stati deliberati dal Comitato Direzionale e le iniziative sono in corso d'opera. La presente Proposta di finanziamento riguarda la terza iniziativa: Rafforzamento sistemi sanitari nelle regioni.

L'iniziativa, che entra a far parte del Piano strategico nazionale sanitario (HSDP IV) è stata concordata con l'MoH e verrà ufficializzata con la firma di un Accordo bilaterale la cui bozza è allegata alla presente Proposta di finanziamento.

La formulazione della presente iniziativa, effettuata e concordata col Ministero della Sanità, fa seguito ed integra le precedenti iniziative realizzate dalla Cooperazione Italiana (HSDP 1, HSDP 2, PBS 2, MDG Fund 1 e 2) susseguitesi nell'ultimo decennio.

2.2 Contesto Nazionale

L'Etiopia è un paese vasto, popolato da oltre 80 milioni di abitanti, di cui almeno l'80% vive in aree rurali. Nonostante l'economia sia in forte crescita (incremento del Prodotto Interno Lordo annuo di circa il 10% tra il 2004 ed il 2013), l'Etiopia è uno dei paesi più poveri al mondo, al 173° posto su 186 nell'indice di sviluppo umano (UNDP 2013). Negli ultimi 3 anni, la crescita del PIL ha fatto aumentare del 7% il reddito procapite. Circa il 39% della popolazione vive al di sotto della soglia di povertà fissata internazionalmente a 1,25 dollari PPP (UNDP 2013) al giorno. L'aspettativa di vita alla nascita è di 60 anni. L'economia etiopica, fortemente dipendente dagli aiuti internazionali, è strettamente legata al settore agricolo, quasi interamente dominato da un'agricoltura di sussistenza.

Lo stato etiopico ha una costituzione federale con 11 governi regionali ed un sistema amministrativo decentrato composto da circa 900 distretti (wereda) ed oltre 100 municipalità. I budget regionali sono finanziati soprattutto da trasferimenti federali, mentre le risorse proprie sono abbastanza limitate. I budget delle wereda sono composti dai trasferimenti dal livello regionale (80-90% del budget totale) e dalle risorse locali. E' stimato che più del 95% del budget delle wereda è assorbito dalle spese correnti, mentre solo il 5% è dedicato ad attività di investimento.

2.3 Contesto Regionale

L'intervento, oltre che a livello federale attraverso la partecipazione italiana al monitoraggio dell'HSDP e l'assistenza tecnica, si svolgerà anche a livello delle Regioni Oromia e Tigray con un contributo sia in termini finanziari che di assistenza tecnica.

L'Oromia è la più vasta regione del Paese con una popolazione stimata in oltre 27 milioni (1/3 del totale in Etiopia). Amministrativamente è divisa in 18 Zone con 298 Distretti (wereda) e 36 Municipalità. Nonostante la sua ricchezza in risorse naturali ed i notevoli passi avanti in termini di sviluppo compiuti nell'ultimo decennio, l'Oromia è tuttora affetta da un basso sviluppo di servizi sociali di base quali scuole e servizi sanitari. A titolo di esempio, in campo "materno - infantile", un indicatore chiave quale la percentuale di parti assistiti da personale qualificato (*Deliveries Assisted by Skilled Health Personnel*), è del 20% per il periodo 2012-2013, al di sotto della pur bassa media nazionale.

La popolazione del Tigray è stimata in circa 4,5 milioni di abitanti di cui l'81% vive in zone rurali. Amministrativamente è divisa in 35 Distretti e 11 Municipalità. Analogamente all'Oromia, anche il Tigray è caratterizzato da un basso sviluppo di servizi sociali di base tra cui quelli sanitari. A titolo di esempio, in Tigray, malattie epidemiologicamente importanti quali p.e. la tubercolosi hanno un tasso di detezione (TB Case Detection Rate) del 58%, di molto inferiore al target nazionale (83%) così come, analogamente all'Oromia, i parti assistiti da personale qualificato non superano il 42%.

2.4 Quadro Settoriale e Interventi

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

In Etiopia un bambino che nasce ha circa 6 possibilità su 100 di morire entro il suo primo anno di vita e circa 9 su cento di non raggiungere i 5 anni; ha inoltre il 22% di probabilità di non essere completamente vaccinato e 5% di probabilità di soffrire di malnutrizione. E' importante notare che la maggior parte delle malattie che affliggono la popolazione etiopica sono di tipo infettivo, quindi potenzialmente trattabili e/o prevenibili, quali malaria, polmonite, diarrea e morbillo. Va infine sottolineata la situazione dell'infezione HIV che, pur avendo una prevalenza ancora relativamente bassa rispetto a molti altri Paesi africani (1,2%, secondo le più recenti stime ufficiali del Ministero della Sanità etiopico), in una popolazione di circa 80 milioni di abitanti comporta un numero assoluto di casi rilevante con una incidenza dello 0,03 per 100. Il numero complessivo di pazienti in terapia antiretrovirale (308.860), rappresenta circa il 75% di coloro che necessitano di tale terapia (MoH 2013).

La spesa sanitaria annuale è molto bassa (20,8 USD per persona all'anno, di cui solo il 16% USD da fonte governativa - National Health Account 2014), corrispondente a circa due terzi della spesa sanitaria minima (32 USD) raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per i paesi in via di sviluppo. Non solo tale cifra è bassa, ma le scarse risorse disponibili sono anche mal distribuite, con una forte concentrazione in alcuni programmi verticali (quale quello per la lotta all'HIV/AIDS), mentre la differenza maggiore fra risorse disponibili e quelle necessarie per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio è stata riscontrata nell'area strategica di sviluppo di sistemi. Questa è la ragione che ha orientato la Cooperazione italiana a fornire risorse (tecniche, finanziarie, logistiche ed umane) per il rafforzamento dei sistemi sanitari.

2.5 Politiche del settore sanitario in Etiopia e il ruolo dell'Italia

Come previsto dall'Accordo italo etiopico, il settore sanitario in Etiopia rimarrà un settore prioritario d'intervento. L'Italia ha sottoscritto, nell'agosto 2007, l'“*International Health Partnership (IHP) Global Compact*”, e nell'agosto 2008, l'“*Ethiopia IHP Country Compact*”. Questi impegni politici rappresentano l'attuazione pratica dei principi della “Dichiarazione di Parigi” riguardanti:

- l'*ownership* nazionale,
- l'allineamento con i sistemi nazionali,
- l'armonizzazione tra partner di cooperazione,
- la gestione per risultati e la “*mutual accountability*” con la finalità di aumentare l'“Efficacia degli aiuti” nel settore sanitario.

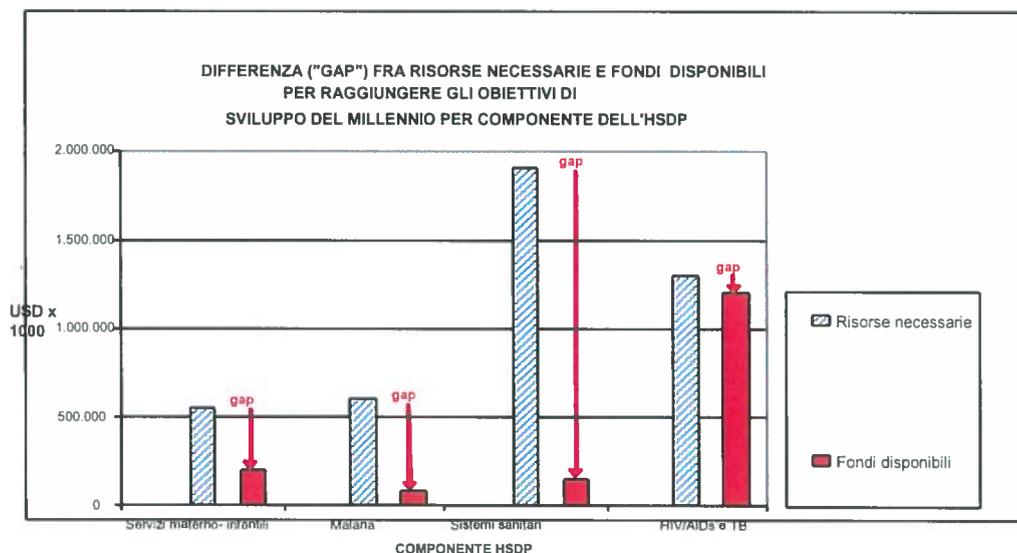
Nel 1997 il Governo etiopico ha concepito, col contributo dell'assistenza tecnica italiana (per gli HSDP II, III e IV), il Programma di sviluppo del settore sanitario (HSDP), un piano ventennale suddiviso in periodi quinquennali.

L'HSDP, è allineato con il Piano di Sviluppo nazionale (Growth and Transformation Plan - GTP) del quale rappresenta l'articolazione settoriale per la sanità e con l'*Accelerated and Sustained Development to End Poverty (PASDEP)* per quanto riguarda le politiche di lotta alla povertà. Questo programma include sette componenti fondamentali: 1) erogazione di servizi sanitari di qualità, 2) riabilitazione ed espansione delle strutture sanitarie, 3) sviluppo delle risorse umane, 4) rafforzamento dei servizi farmaceutici, 5) informazione, educazione e comunicazione, 6) sistema informativo di gestione sanitaria (HMIS), 7) finanziamento del sistema sanitario.

L'iniziativa “Contributo italiano al Programma di sviluppo del settore sanitario (HSDP)”, concepita in linea col GTP e l'HSDP, è iniziata nel 2003, con un contributo di 12 milioni di Euro attraverso l'art 15 versato in un conto bancario dedicato e gestito dal FMoH con il monitoraggio

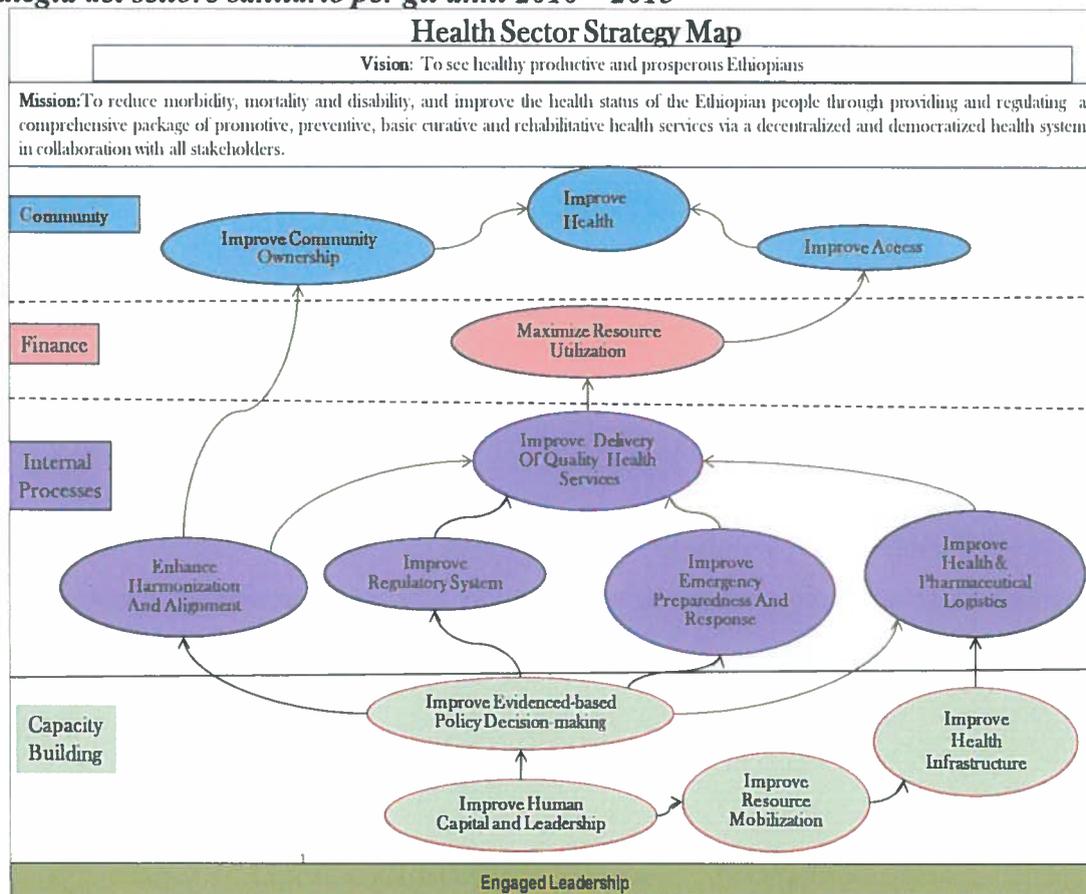
dell'assistenza tecnica italiana. A questa ha fatto seguito nel 2009 la partecipazione italiana all'iniziativa multi-donatori "Protection of Basic Services", seconda fase (PBS II) gestito dalla Banca Mondiale. Il contributo italiano al PBS di 7.5 milioni di Euro ha compreso, una componente di assistenza tecnica al Ministero della Sanità, nelle sue articolazioni federale, regionale e distrettuale, per il rafforzamento dei sistemi sanitari ed il monitoraggio tecnico e finanziario del PBS II, attraverso la partecipazione italiana ai relativi organi di governo, nonché alla realizzazione, su richiesta della controparte, di studi e ricerche operative, disseminazione dei risultati e documentazione delle esperienze. La successiva fase del "Contributo italiano all'HSDP" è stata caratterizzata dall'aggiunta alla consueta assistenza tecnica e finanziaria al Ministero della Sanità ed agli Uffici regionali di sanità per il rafforzamento dei sistemi sanitari, del contributo italiano al fondo multidonatori "MDG Fund", gestito dal Ministero della Sanità e congiuntamente monitorato da ministero e donatori per un importo totale di Euro 8.200.000. A questo primo contributo all'MDG Fund e sulla base dei buoni risultati raggiunti, ha fatto seguito un'ulteriore contributo italiano a detto Fondo per altri 7.000.000 di Euro in corso di esecuzione

In un contesto ricco di elementi favorevoli allo sviluppo e di difficili sfide, un'analisi dei bisogni e dei *gap* consente di identificare le opportunità per un intervento efficace. A fronte dell'evidente necessità di assicurare maggiori risorse finanziarie, i contributi dei donatori si sono concentrati su alcuni programmi verticali (in particolare quello per il controllo dell'AIDS), mentre la differenza maggiore fra le risorse disponibili e quelle necessarie per il raggiungimento degli MDG è stata osservata nell'area strategica di sviluppo di sistemi (vedi grafico seguente). Sono quindi necessari non solo un aumento delle risorse disponibili, ma anche una loro più equa distribuzione fra le diverse componenti del Programma settoriale, in particolare a favore dello sviluppo dei servizi sanitari di base nell'ambito di un più generale rafforzamento dei sistemi sanitari (Sistema informativo sanitario, Sistema logistico e di gestione farmaceutica, Sistema di finanziamento dei servizi e Sviluppo delle risorse umane).



Differenza fra risorse necessarie e fondi disponibili per il raggiungimento degli MDG per le diverse componenti dell'HSDP IV (HSDPMid-Term Review, 2012)

Strategia del settore sanitario per gli anni 2010 – 2015



Nel quadro della strategia presentata dal Governo etiopico, il supporto italiano all'attuazione dell'HSDP, ha avuto risultati importanti e riconosciuti dallo stesso Governo etiopico, nell'ambito del "Capacity Building" "Improve evidence-based policy decision making" attraverso lo sviluppo del Sistema di informazione sanitario, la produzione di articoli di sanità pubblica e la produzione con l'assistenza tecnica e finanziaria italiana del bollettino scientifico del Ministero della Sanità "Policy and Practice". Tali attività saranno continuate nella presente iniziativa.

2.6 Problemi da Risolvere

Per far fronte alle problematiche esistenti nel Paese nel settore sanitario, il Programma è allineato nella massima misura possibile alla metodologia del Piano di sviluppo del settore sanitario (HSDP).

In detto piano sono state identificate le priorità selezionate in linea con i problemi di salute pubblica prevalenti in Etiopia da superare per il raggiungimento degli MDG nel settore sanitario. Il presente programma ha lo scopo di supportare la risposta alle seguenti priorità identificate:

- Mortalità materna;
- Mortalità infantile;
- Alta incidenza delle malattie trasmissibili;
- Rafforzamento del sistema sanitario.

Secondo la competenza e il potenziale valore aggiunto della Cooperazione italiana e secondo i bisogni specifici, il processo di formulazione del presente programma ha identificato una struttura logica di supporto, articolata tra i livelli federali e regionali.

Il rafforzamento dei sistemi sanitari nel Paese ha registrato dei notevoli passi in avanti negli ultimi anni, tuttavia limitati da capacità tecniche e finanziarie inadeguate. Vasti programmi di *community health* quali l'*Health Extension Programme (HEP)* e l'*Health Development Army (HDA)*, necessitano, per la completa operatività, del supporto tecnico e finanziario del presente Programma per il loro sviluppo. Nello stato attuale di sviluppo del settore è possibile, in alcuni casi, identificare bisogni specifici sui quali interventi mirati possono fare da catalizzatore dello sviluppo e dell'operatività di un sistema ben più grande. E' il caso dei bisogni espressi direttamente dalle regioni Oromia e Tigray, in cui attraverso interventi di assistenza tecnica e finanziaria della presente iniziativa nel campo dello sviluppo delle risorse umane, del Sistema informativo sanitario e del Sistema farmaceutico sarà possibile migliorare sensibilmente il sistema dei servizi di base (*Service Delivery System*) ed in particolare i servizi di protezione materno-infantili quali l'MNCH e l'EmONC⁵.

2.7 Gruppo Destinatario, Istituzioni, Organismi e altri attori coinvolti nella realizzazione

Gruppo Destinatario

Trattandosi di un contributo ad un programma settoriale il beneficiario generale è tutta la popolazione del Paese con particolare riferimento alle popolazioni delle aree rurali, più povere e marginalizzate, che maggiormente utilizzano i servizi sanitari di base (Centri sanitari e posti di salute). Inoltre sono considerati beneficiari coloro che saranno direttamente coinvolti dalle attività del programma:

- ⇒ Le popolazioni delle Regioni dell'Oromia e del Tigray;
- ⇒ Il personale degli Uffici Sanitari Regionali;
- ⇒ Il personale del Ministero della Sanità, per le componenti direttamente appoggiate dal Programma;
- ⇒ Gli operatori sanitari in servizio presso le strutture sanitarie sedi di intervento.

Istituzioni e altri Organismi Coinvolti

L'Accordo bilaterale prevede le seguenti istituzioni coinvolte:

Da parte del Governo Etiopico le Istituzioni e gli Organismi coinvolti sono:

- Il **Ministero delle Finanze e Sviluppo Economico** (*Ministry of Finance and Economic Development of Ethiopia - MoFED*), che rappresenta il Governo Etiopico come controparte del Governo Italiano per la stipula dell'Accordo intergovernativo.
- Il **Ministero della Sanità (MoH)** agirà come ente esecutore dell'iniziativa.
- Lo State Minister della Sanità o suo delegato, denominato **Person in Charge (PIC)** sarà designato dal MoH per la gestione dei fondi previsti nell'accordo per la Componente 1.
- Gli **Uffici Regionali Sanitari** (*Regional Health Bureaus - RHBs*) di Oromia e Tigray opereranno come enti esecutori delegati per il Programma a livello regionale.
- La **National Bank of Ethiopia (NBE)**, agirà come amministratore del seguente conto corrente, sul quale la DGCS verserà i fondi relativi alla Componente 1 del programma:
Conto speciale denominato "*MOH Italian Contribution to HSDP*" in Euro.
- Le **Regional Commercial Banks** agiranno come amministratori dei conti speciali regionali aperti, su richiesta del FMoH, dai Regional Health Bureau dell'Oromia e del Tigray per l'esecuzione del programma a livello regionale.

⁵ MNCH; Maternal Neonatal and Child Health; EmONC: Emergency Obstetrical and Neonatal Care

Da parte del Governo italiano le Istituzioni e Organizzazioni coinvolte sono:

- La **Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale (MAECI/DGCS)**, che rappresenta il Governo Italiano per l'attuazione dell'accordo riguardante questa iniziativa. Il MAECI/DGCS agirà come ente finanziatore dell'iniziativa per quanto riguarda i fondi trasferiti secondo la modalità ex Art.15 Reg. L. 49/87). Per quanto riguarda i fondi della Componente 2, il MAECI/DGCS agirà sia come ente finanziatore sia come ente esecutore.
- **L'Unità Tecnica Locale** della Cooperazione allo Sviluppo presso l'Ambasciata d'Italia in Etiopia (UTL), che rappresenta il MAECI/DGCS in Etiopia per la supervisione degli interventi di Cooperazione bilaterale.
- La **Technical Assistance and Monitoring Unit (TAMU)** lavorerà in collaborazione con il PIC e l'UTL. Del team della TAMU faranno parte: 1) un Esperto Italiano (Capo programma) che sarà la controparte del PIC; 2) un esperto in monitoraggio finanziario e valutazione gestionale; 3) specialisti che verranno assegnati secondo la richiesta del PIC e le necessità del Programma, 5) personale ed esperti etiopici.

L'accordo prevede la costituzione di uno **Steering Committee (SC)** che sarà garante della *governance* della Componente 1 del Programma. Esso sarà costituito da rappresentanti di MoFED, DGCS, RHBs di Oromia e Tigray, il PIC e la TAMU. Tutte le decisioni della SC devono essere prese all'unanimità. Lo SC si incontrerà ogni volta che si riterrà necessario su richiesta di uno dei membri.

I compiti e le responsabilità di tutte le suddette Istituzioni e Organismi sono descritte nel successivo punto 5.2.

3. STRATEGIA D'INTERVENTO

3.1 Selezione della Strategia d'Intervento

L'iniziativa, tra le componenti identificate nell'ambito dell'*Ethio-Italian Cooperation Framework 2013-2015*, si configura come un contributo diretto ai programmi di sviluppo settoriale del Paese, attraverso modalità di finanziamento che attribuiscono responsabilità esecutiva alle Istituzioni locali in quanto la Cooperazione italiana sta offrendo il suo contributo finanziario seguendo un approccio sempre più orientato verso l'armonizzazione e l'allineamento.

Tenendo anche in considerazione le procedure amministrative che regolano l'aiuto allo sviluppo italiano, si è optato per una strategia di intervento mista che prevede sia la componente di aiuto programma (finanziamento al settore) che l'assistenza tecnica in gestione diretta.

La componente in gestione diretta verrà realizzata tramite l'uso di un'apposita struttura denominata TAMU (*Technical Assistance and Monitoring Unit*), che svolgerà funzioni di assistenza tecnica al Ministero della Sanità e agli Uffici Regionali del MoH, di preparazione dei Piani Operativi Annuali, di monitoraggio congiunto al MoH e ad altri donatori attraverso la partecipazione italiana agli organi di gestione congiunta dell'HSDP, delle attività del programma per varie componenti dello stesso senza alcun ruolo nella gestione amministrativa dei fondi, ma esercitando il monitoraggio sul loro impiego.

La presenza e il contributo dei donatori allo sviluppo del settore sanitario in Etiopia è una necessità imprescindibile al momento attuale. Infatti, circa il 30 % del costo complessivo dell'HSDP, viene sostenuto da risorse esterne.

Componenti

I contributi della presente iniziativa sono coerenti con le modalità previste dall'*Health Harmonization Manual* dell'HSDP che prevede tre canali di finanziamento:

- **Canale 1:** contributo diretto al bilancio dello Stato. Erogazione e rendicontazione sono responsabilità del Ministero delle Finanze e dei *Bureaus* Finanziari Regionali. Esistono due modalità: **a)** supporto al budget nazionale, indifferenziato e **b)** supporto al budget con l'identificazione di uno o più specifici settori. La presente iniziativa non prevede l'uso del canale 1 di finanziamento.

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 Governo etiopico che quelle richieste dai donatori. I fondi della presente iniziativa (Componente 1) saranno erogati secondo le modalità del canale 2.

- **Canale 3:** il finanziamento viene gestito direttamente dall'ente finanziatore, che è responsabile della rendicontazione dei fondi allocati (gestione diretta DGCS).

In particolare:

- la Componente 1 sarà eseguita dal Ministero della Sanità centrale e le attività previste a livello regionale saranno eseguite dagli Uffici Sanitari regionali dell'Oromia e del Tigray. I fondi sotto questa componente sono dedicati al rafforzamento dei sistemi sanitari (HMIS, HRD, Farmaci).
- la Componente 2, consiste nei servizi di assistenza tecnica al fine di offrire il massimo supporto alla realizzazione delle attività concordate in ambito HSDP.

3.2 Obiettivo Generale

Migliorare lo stato di salute della popolazione etiopica, secondo il piano strategico sanitario nazionale (HSDP) e in linea con gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio riguardanti la salute.

Indicatori

- Tasso di mortalità infantile;
- Tasso di mortalità materna;
- Aspettativa di vita media alla nascita.

3.3 Obiettivo Specifico ed Indicatori

Obiettivo specifico

Incrementare la copertura e migliorare la qualità dei servizi di promozione, prevenzione e cura della salute attraverso il rafforzamento delle capacità di generare e usare l'informazione (HMIS), contribuendo allo sviluppo delle risorse umane del settore sanitario (HRD) e migliorando la qualità dei servizi sanitari di base.

Indicatori

- Frequentazione annua dei Servizi ambulatoriali per capita (Valore di base: 0,34);
- Percentuale di Distretti e Centri di salute con “*catchment areas*” e popolazione di riferimento aggiornate;
- Proporzioni di istituzioni sanitarie con personale secondo standard.

3.4 Risultati Attesi ed Indicatori

Obiettivi, risultati attesi ed indicatori, sono stati concordati con la controparte e riportati nella bozza di Accordo bilaterale allegati alla presente Proposta di finanziamento.

Risultati Attesi

1. Il MoH ha sufficienti risorse finanziarie per realizzare le attività di rafforzamento dei sistemi sanitari in Oromia e Tigray;
2. Decisori e Partner per lo Sviluppo meglio informati attraverso i Rapporti annuali di performance ed i Bollettini scientifici trimestrali;
3. Tempestività e completezza dei rapporti sanitari di routine migliorate;
4. Rapporto personale sanitario su popolazione per categoria incrementato;
5. Proporzione delle strutture sanitarie con personale secondo le norme incrementato;
6. Accesso, qualità ed uso dei servizi materno - infantili aumentati;
7. Accesso, qualità ed uso dei servizi sanitari preventivi aumentati;
8. Accesso, qualità ed uso dei servizi sanitari curativi aumentati

Indicatori

Per il risultato atteso 1

- Erogazione dei fondi avvenuta secondo i piani;
- Esperti italiani membri degli organi di governo congiunto dell'HSDP;
- Piani operativi regionali definiti e approvati.

Per i risultati attesi 2 e 3

- Percentuale di rapporti tempestivi e completi (valore di base indeterminato: l'HMIS scale-up è ancora in corso);
- Pubblicazione regolare dell'*Annual Performance Report* e del Bollettino scientifico trimestrale del Ministero della Sanità.

Per i risultati attesi 4 e 5

- Ratio Personale sanitario su Popolazione per categoria (valori di base: 1 medico / 26943 abitanti; 1 infermiere / 3870 abitanti; 1 HEW / 2544 abitanti).

Per i risultati attesi 6, 7 e 8

- Percentuale di parti assistiti da personale qualificato (valore di base: 23%);
- Copertura vaccinale per Morbillo (Valore di base: 83%);
- Percentuale di abitazioni che posseggono almeno una zanzariera impregnata di insetticida – ITN (valore di base: 66%);
- Percentuale di successo dei trattamenti della tubercolosi (valore di base: 91%);
- Numero di persone viventi con l'HIV/AIDS in trattamento con anti-retrovirali (valore di base: 308.860).

3.5 Attività

Le attività previste nella presente Proposta di Finanziamento sono elencate di seguito:

Per il risultato atteso 1

- 1) Fornire assistenza finanziaria al MoH per Oromia e Tigray;
- 2) Partecipare ai meccanismi di monitoraggio, assieme ad altri Partner per lo Sviluppo ed il MoH.

Per i risultati attesi 2 e 3

- 1) Fornire assistenza tecnica al MoH su generazione e uso dell'informazione;
- 2) Partecipare attivamente al NAC6 e alle attività ad esso connesse;
- 3) Fornire assistenza tecnica agli Uffici Sanitari Regionali per l'estensione nazionale dell'HMIS generale e comunitario (HMIS roll out);
- 4) Supportare, attraverso l'assistenza tecnica, la formazione e la supervisione per l'estensione nazionale dell'HMIS.

Per i risultati attesi 4 e 5

- 1) Costruire capacità attraverso la formazione e la supervisione;
- 2) Sviluppare e realizzare strategie di ritenzione del personale;
- 3) Formare e distribuire nelle strutture il personale sanitario.

Per i risultati attesi 6, 7 e 8

- 1) Supportare la disponibilità di "health commodities", attraverso la fornitura di farmaci ed attrezzature di base alle strutture sanitarie;
- 2) Supportare i processi di autovalutazione;
- 3) Fornire assistenza tecnica per la supervisione di sostegno;
- 4) Promuovere e supportare le istituzioni pubbliche nelle ricerche operative, studi e disseminazione dei risultati;
- 5) Sviluppare e stampare linee-guida e manuali;
- 6) Supportare la revisione delle "catchment areas" e le riunioni di valutazione dei Centri di salute.

4. FATTORI ESTERNI

4.1 Condizioni e Rischi

Il contributo italiano si inserisce nel quadro di un sostegno internazionale al settore sanitario del Paese, e il settore è parzialmente dipendente da questo per il proprio sviluppo, una diminuzione sostanziale degli aiuti internazionali potrebbe causare un ridimensionamento della copertura dei servizi sanitari e dei target. Si tratta di un rischio ridotto visto il consistente impegno e la recente decisione della Delegazione di inserire la sanità tra i tre settori prioritari dove concentrare il proprio intervento e il concomitante impegno della Banca Mondiale.

In relazione alle attività delle controparti a livello regionale, la capacità di assorbimento dei fondi costituisce un fattore limitante e potenzialmente un elemento negativo, se non costantemente monitorata e supportata, per la realizzazione dell'intervento. Il Programma prevede però sufficiente sostegno in termini di assistenza tecnica e monitoraggio efficace anche in collegamento con gli altri programmi sanitari realizzati dalla Cooperazione Italiana nel Paese.

Le capacità di procurement e di gestione dei fondi rappresentano anch'esse un fattore di rischio e per tale motivo è stata prevista una specifica assistenza tecnica e un monitoraggio finanziario nell'ambito della presente iniziativa. Inoltre, l'iniziativa costituisce una continuazione di un analogo impegno italiano di lunga data.

Infine, il sistema informativo sanitario, rappresenta una costante sfida perché richiede un impegno tecnico e finanziario che coinvolge tutti i livelli del sistema sanitario nazionale a partire dai piccoli

⁶ Health Information System - National Advisory Committee

centri. C'è tuttavia una crescente consapevolezza dell'importanza della gestione dei dati anche in relazione alla rilevanza degli impegni conseguenti al raggiungimento degli Obiettivi del millennio.

5. REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO

5.1 Modalità di realizzazione

L'iniziativa sarà regolata da un **Accordo** intergovernativo concordato con il MoFED ed il FMOH etiopici e 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*.

La compatibilità tra l'iniziativa oggetto della presente Proposta di Finanziamento e l'HSDP è assicurata dalla predisposizione di piani operativi annuali coerenti con gli obiettivi e le attività dello stesso HSDP.

Si forniscono ulteriori dettagli circa le procedure di *procurement* adottate per la **Componente 1** (Ex Art. 15).

Le procedure di *procurement* saranno quelle del Governo etiopico. Il MoH dovrà fornire ai donatori la documentazione rilevante di cui alle procedure del *procurement* seguite nonché copia dei contratti aggiudicati.

Per quanto riguarda il *procurement* dei farmaci, è utile notare che questi saranno forniti dalla "Pharmaceutical Funding and Supply Agency" (PFSA), un'agenzia governativa che risponde al MoH, responsabile per l'acquisto e la distribuzione dei beni (*health commodities*) per le istituzioni sanitarie pubbliche. Le procedure del *procurement* Nazionale usate dalla PFSA per l'acquisto di farmaci e beni sanitari, sono accettate dai tutti i Paesi donatori che operano in Etiopia. In effetti, non si tratta di un vero acquisto, ma di una sorta di distribuzione di acquisti già effettuati dalla PFSA in grandi lotti, seguendo le procedure accettate da tutti i donatori.

Per gli altri acquisti che non riguardano farmaci, non sono previste gare internazionali e si seguono le procedure del Paese beneficiario, soggette alle seguenti procedure addizionali:

- 1) Saranno utilizzati i documenti standard per l'acquisto dei beni del Paese beneficiario;
- 2) Se sarà utilizzata la procedura della pre-qualificazione, sarà utilizzato la procedura di pre-qualificazione della Banca Mondiale;
- 3) Non verrà utilizzato il margine di preferenza;
- 4) Ai partecipanti alle gare sarà concesso un periodo minimo di 30 giorni, dalla data della disponibilità dei documenti di gara, per consegnare le offerte;
- 5) L'uso dei "punti per merito" per la valutazione delle offerte non sarà permesso;
- 6) Gli offerenti esterni al Paese non saranno esclusi dalla partecipazione;
- 7) I risultati, le valutazioni e le aggiudicazioni dei contratti dovranno essere pubbliche.

Per quanto riguarda il *reporting*, l'UTL e la TAMU hanno diritto di rivedere le decisioni di *procurement* di modo da confermare che le attività siano state effettuate in modo trasparente ed efficiente ed in conformità con la normativa sopra citata.

Per quanto riguarda la **Componente 2**. La definizione delle attività realizzate in gestione diretta (finanziate a valere sullo specifico fondo di gestione in loco) sarà oggetto del Piano Operativo Generale, sottoposto all'approvazione della DGCS. Le procedure di *procurement* adottate per tale componente seguiranno necessariamente quelle previste dalla DGCS.

5.2 Quadro Istituzionale e Responsabilità per la Realizzazione del Progetto

Per quanto riguarda la lista degli organismi coinvolti nella realizzazione dell'iniziativa si rimanda al paragrafo 2.7 del presente documento. Per quanto riguarda le responsabilità e i compiti:

- Il Ministry of Finance and Economic Development - **MoFED** è il firmatario dell'Accordo intergovernativo per il Programma con il Governo Italiano ed assicurerà che quanto previsto nella bozza di Accordo intergovernativo in allegato sia rispettato da tutti gli organismi etiopici coinvolti.
- Il **Ministero della Sanità** (MoH) è l'ente esecutore a livello federale, per la Componente 1 (Canale 2).

Il MoH dovrà:

- Con l'assistenza del MoFED, aprire il conto corrente per i fondi della Componente 1;
 - Comunicare, non appena l'Accordo intergovernativo entrerà in vigore, i dettagli del conto corrente, per consentire alla DGCS di effettuare il trasferimento;
 - Dare istruzione agli Uffici sanitari regionali dell'Oromia e del Tigray per aprire i propri conti correnti in valuta locale e trasferire i fondi ai bureau regionali;
 - Essere responsabile dell'allocazione delle risorse finanziarie, del *procurement*, del *reporting*, della rendicontazione finanziaria ecc;
 - Designare la Person in Charge (PIC) dell'iniziativa da parte etiopica per la gestione dei fondi della Componente 1.
- La **Person in Charge** (PIC) sarà supportato dalla TAMU, per svolgere i seguenti compiti:
- preparazione e endorsement, dei *Plans of Action (POAs)* e *Semi-annual Reports (SaR)*
 - Trasmettere i SAR e le richieste per la riallocazione dei fondi all'Esperto italiano per l'approvazione. A sua volta l'Esperto Italiano trasmetterà tali documenti alla DGCS, quando necessario, dopo revisione dell'UTL.

- Gli **Uffici Regionali Sanitari** (RHBS) di Oromia e Tigray opereranno come enti esecutori delegati per il Programma a livello regionale. Le loro responsabilità, includono la realizzazione delle attività secondo i POA (i.e. *procurement*, formazione, supervisione ecc.)

I RHBS, con l'assistenza della TAMU, dovranno:

- 1) preparare i POA da mandare al PIC per approvazione;
- 2) acquistare i beni e i servizi, previsti nei POA;
- 3) firmare e gestire i contratti;
- 4) preparare i rapporti tecnico finanziari secondo le prescrizioni dell'accordo intergovernativo e trasmetterli al PIC per approvazione.

- La **National Bank of Ethiopia (NBE)**, agirà come amministratore del seguente conto corrente, sui quali la DGCS verserà i fondi per la Componente 1:

Conto speciale denominato "*MOH Italian Contribution to HSDP*" in Euro. I fondi trasferiti dalla DGCS su tale conto saranno poi trasferiti dal MoH, in valuta locale (ETB) sui conti aperti presso le *Regional Commercial Banks* dall'Oromia e dal Tigray.

Per quanto riguarda la parte Italiana le Istituzioni di riferimento sono il MAECI/DGCS e l'UTL, come specificato nel paragrafo 2.7 di questo documento. Per quanto riguarda le responsabilità e i compiti:

- La **Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Esteri e della Cooperazione Internazionale (MAECI/DGCS)** rappresenta il Governo italiano per il programma. Per quanto riguarda la Componente 2 (Assistenza Tecnica) agisce sia come ente finanziatore sia come ente esecutore.

MAECI/DGCS assegnerà alla TAMU, in accordo con il MoH e secondo le Linee Guida dell'Assistenza Tecnica per il settore sanitario nonché in accordo con le procedure interne del MAECI/DGCS, l'Esperto italiano, l'Esperto Amministrativo e altri esperti durante l'esecuzione delle attività del programma.

MAECI/DGCS eseguirà, congiuntamente al MOH, attività di valutazione (in corso, finali ed ex-post) ogni volta che riterrà opportuno.

- L'**Unità Tecnica Locale (UTL)** rappresenta il MAECI/DGCS in Etiopia per la realizzazione del Programma. E' responsabile per le attività di cooperazione tra Italia e Etiopia. Supervisionerà gli esperti della TAMU e farà parte della *Steering Committee* come membro.

- La **Technical Assistance and Monitoring Unit (TAMU)** avrà i seguenti compiti principali:

- a. Partecipare alle attività di monitoraggio e gestione congiunta dell'HSDP, assieme al MoH, ad altre istituzioni nonché ai donatori. Questa mansione include la partecipazione attiva ai meccanismi di coordinamento tra i donatori, nonché tra i donatori ed il Governo Etiopico quali il Joint Consultative Forum - JCF, Joint Core Coordination Committee - JCCC, Health, Population and Nutrition Group - HPN group ecc. Le attività di coordinamento hanno lo scopo di perseguire l'obiettivo dell'allineamento e dell'armonizzazione
- b. In accordo con "*Technical Assistance Guidelines for the Health Sector*", fornire assistenza tecnica al FMOH per costruire capacità nelle aree dell'*Health Information System*, Sviluppo delle risorse umane, amministrazione e/o ogni altra area che si riterrà necessaria e/o richiesta dal MoH.
- c. Promuovere e effettuare, congiuntamente e secondo le richieste del MoH e dei RHB, ricerche, studi, pubblicazioni e disseminazione di articoli, seminari e ogni altra attività scientifica nel settore sanitario che si riterrà necessaria e disseminarne i risultati.
- d. Effettuare, congiuntamente al PIC, attività di monitoraggio esterno relative alla Componente 1 del Programma.
- e. Effettuare attività di gestione di programma che richiedono le procedure del Governo italiano, rilevanti alla Componente 2 del programma per conto del MAECI/DGCS.

L'assistenza tecnica italiana include:

- un Esperto Italiano (Capo programma) che dirigerà la TAMU. Le responsabilità di detta figura saranno le mansioni di cui ai precedenti punti "a", "d" ed "e". Per quanto riguarda il lavoro quotidiano sulle attività del programma (Componente 1), l'Esperto Italiano agirà in consultazione e accordo con il PIC. In particolare l'Esperto Italiano approverà o provvederà la "*no-objection*" sui POA nonché i rapporti precedentemente approvati dal PIC;
- un esperto in monitoraggio finanziario e valutazione gestionale assisterà l'esperto italiano per le mansioni "d" ed "e" sopramenzionate e provvederà alla supervisione e formazione del personale amministrativo-contabile dell'UTL per i programmi di sua pertinenza;
- specialisti di settore per i compiti "b" e "c" sopra menzionati, assegnati su richiesta del PIC e congiuntamente selezionati in accordo con le "*Technical Assistance Guidelines for the Health Sector*".

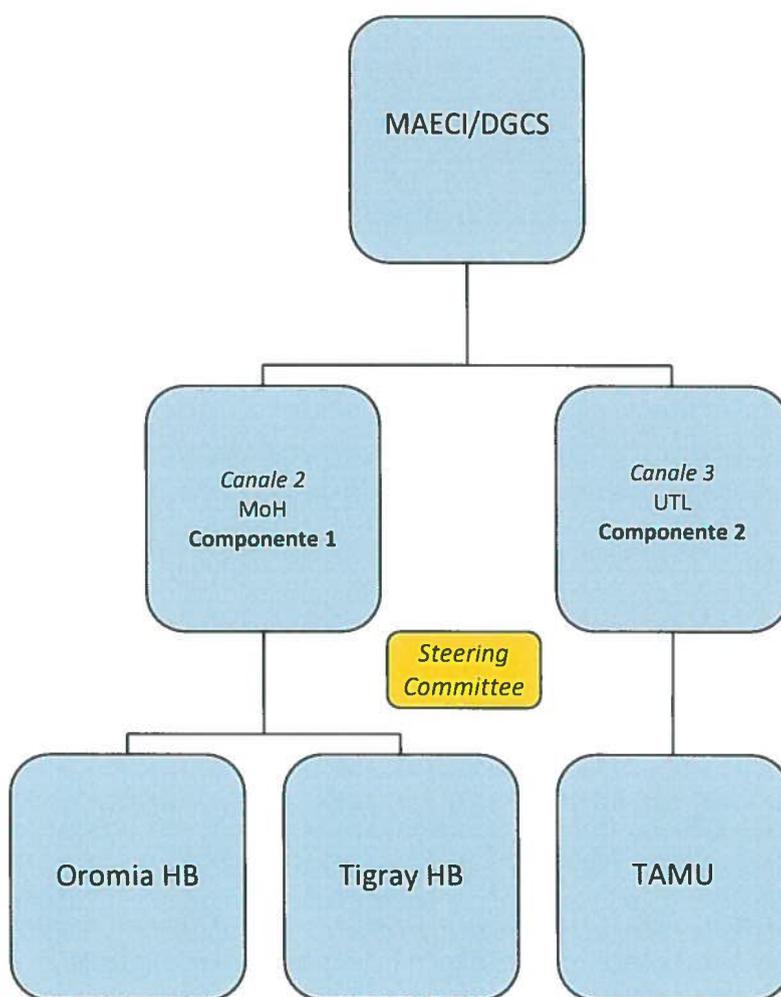
I Termini di Riferimento (TOR) degli esperti italiani e degli specialisti della TAMU saranno preparati in funzione dei compiti sopra menzionati.

I suddetti esperti saranno affiancati da esperti locali nonché da personale di supporto etiopico.

- La supervisione del Programma e delle sue attività è affidata ad uno **Steering Committee (SC)**. Lo SC sarà composto dai rappresentanti del MoFED, UTL, MOH, RHB (Oromia e Tigray) e TAMU. Esso costituirà l'organo consultivo a livello più elevato per l'intera iniziativa. Tutte le decisioni dello SC devono essere prese all'unanimità. Lo SC dovrà:
 - facilitare le attività e monitorare la loro efficacia;
 - monitorare e valutare l'esecuzione del Programma;
 - approvare i POA e approvare le richieste dei fondi.

5.3 Metodologia di Intervento

Il Progetto intende contribuire al HSDP. Quindi la metodologia di esecuzione è concorde con quella di tale programma. Il flusso dei fondi e dei rapporti seguirà le procedure definite nell'accordo intergovernativo (vedi grafico seguente - flusso dei fondi).



Flusso dei fondi →

5.4 Risorse e Stima dei Costi

I costi indicati nelle tabelle seguenti sono stati definiti e concordati con le competenti autorità e istituzioni locali.

Essi, tuttavia sono da ritenersi indicativi soprattutto per quanto riguarda la componente finanziata via “Art. 15” e pertanto suscettibili di variazioni e spostamenti nei limiti delle principali voci previste e sulla base dei piani operativi annuali che verranno elaborati con le competenti autorità locali. In particolare l’Accordo prevede un certo livello di flessibilità in merito alla variazione delle voci di budget concordate che, se di importo non superiore al 25% del valore della relativa voce originale, non determinano la necessità di ricorrere ad un emendamento dell’Accordo stesso. Per quanto riguarda alcune specifiche voci, è stato invece possibile stabilirne i costi unitari e le quantità presunte.

Tutti i costi sotto riportati tengono conto dei precedenti programmi e dei prezzi prevalenti sul mercato. Essi sono da ritenersi congrui ed ammissibili.

Nella tabella seguente sono rappresentate le Componenti, gli importi e i canali del contributo italiano.

Budget di previsione del Supporto italiano allo sviluppo dei sistemi sanitari nelle regioni Oromia e Tigray (in Euro)

COMPONENTI		Euro	Canale	Note
1	Rafforzamento sistemi sanitari MoH ed Uffici sanitari regionali di Oromia e Tigray	3.500.000	2	Canale bilaterale ex Art. 15 Reg. esec. L. 49/87
2	Fondo esperti (Assistenza tecnica e monitoraggio - 3 esp. 36 m/u)	240.000	3	Gestione diretta DGCS
	Fondo in loco	400.000		
TOTALE		4.140.000		

Componente 1 – Contributo a MoH centrale e Uffici Sanitari Regionali di Oromia e Tigray (Finanziamento ex Art. 15, Canale 2)

Il lavoro di identificazione delle regioni d’intervento e delle priorità operative si è svolto attraverso visite di terreno e consultazioni tra esperti della Cooperazione Italiana ed Autorità competenti del Ministero della Sanità a livello centrale e regionale. Ciò ha permesso di identificare le aree prioritarie di intervento e gli importi di massima dei finanziamenti necessari.

In entrambe le regioni la macroarea prioritaria è costituita dal “Rafforzamento dei Servizi sanitari di base” ed in particolare: a) l’area dello sviluppo delle risorse umane, ivi compreso lo sviluppo delle capacità del personale sanitario nel campo della salute materno-infantile e della “presa di decisione gestionale” basata sull’evidenza (HIS) e b) il settore delle “health commodities”, comprendente la fornitura di attrezzature sanitarie di base e farmaci per i centri di salute recentemente costruiti nell’ambito dell’attività dell’HSDP denominata “Health Extension Programme” orientato all’empowerment comunitario. Si sottolinea il fatto che le forniture di commodities, anche se destinate ai livelli regionali e di distretto, vengono effettuate a livello di MOH centrale attraverso la Pharmaceutical Fund and Supply Agency (PFSA).

Maggiori dettagli circa le attività della Componente 1 saranno determinati attraverso i Piani Operativi che verranno sviluppati da ciascuna delle regioni beneficiarie, col supporto degli esperti della Cooperazione Italiana, entro 30 giorni dall'erogazione dei fondi, come previsto nell'Accordo. In tale occasione la ripartizione delle voci di budget potrà essere modificata di conseguenza, senza oneri aggiuntivi.

L'importo della Componente 1, che ammonta ad Euro 3.500.000, sarà erogato in unica soluzione.

Beneficiario del contributo italiano è il Ministero della Sanità. Ai fini dell'esecuzione dell'iniziativa, l'MoH suddividerà le risorse finanziarie previste per la componente 1 (Euro 3.500.000) secondo le specifiche attribuzioni delle entità intervenenti, in:

1. Fondi per l'acquisto di farmaci e attrezzature previste nei piani d'azione regionali (acquisto centralizzato presso il Ministero della Sanità);
2. Fondi per le specifiche attività delle articolazioni regionali del MoH stesso (Oromia e Tigray Regional Health Bureaus).

La Componente 1 è indicativamente articolata come da tabella seguente (Euro):

	COMPONENTE 1	EURO
a)	Acquisto di farmaci ed attrezzature da parte del Ministero della Sanità a livello centrale per le regioni	875.000
b)	Finanziamento all' Ufficio Sanitario Regionale Tigray per il rafforzamento dei Sistemi sanitari (HRD, Drugs management, HMIS development)	875.000
c)	Finanziamento all' Ufficio Sanitario Regionale Oromia per il rafforzamento dei Sistemi sanitari (HRD, Drugs management, HMIS development)	1.750.000
	Totale Componente 1	3.500.000

In particolare, durante la fase di identificazione congiunta dell'iniziativa, è stato possibile stimare gli importi di massima da attribuire alle diverse voci della componente 1, che saranno riviste e finalizzate in base ai Piani d'azione dettagliati che verranno congiuntamente predisposti dopo l'erogazione dei fondi.

Le voci della componente 1 sono state stimate come esposto nella tabella seguente:

	COMPONENTE 1	EURO
	Acquisto di farmaci ed attrezzature da parte del Ministero della Sanità a livello centrale per le regioni	875.000
a)	– Acquisto farmaci per 67 Health center di nuova costruzione in Oromia e 23 in Tigray	575.000
	– Acquisto moduli e registri per Health Information System riformato	75.000
	– Acquisto arredi e attrezzature sanitarie di base per 105 Health Post di nuova istituzione	225.000
	Finanziamento all'Ufficio Sanitario Regionale Tigray per il rafforzamento dei Sistemi sanitari (HRD, Drugs management, HMIS development)	875.000
b)	– Formazione (upgrading training) 223 Health Assistant a Clinical Nurse, 118 Health Extension Workers a Clinical Nurse	255.800
	– Master in Public Health per 127 Health Officer e 36 Sanitarian	228.200

COMPONENTE 1	EURO
– Specializzazione di 83 Tecnici anestesisti, 61 laboratoristi, 48 farmacisti, 38 radiologi	184.000
– Acquisto attrezzature per Health Information System per 207 strutture sanitarie di livello regionale e Distrettuale (collegamenti Internet, computer, stampanti, UPS ecc.)	207.000
Finanziamento all'Ufficio Sanitario Regionale Oromia per il rafforzamento dei	
c) Sistemi sanitari (HRD, Drugs management, HMIS development)	1.750.000
– Formazione (upgrading training) 370 Health Assistant a Clinical Nurse, 121 Health Extension Workers a Clinical Nurse	368.250
– Master in Public Health per 375 Health Officer	525.000
– Specializzazione di 51 Tecnici anestesisti, 104 laboratoristi, 77 farmacisti, 71 radiologi	242.400
– Acquisto attrezzature per Health Information System per 300 strutture sanitarie di livello regionale e Distrettuale (collegamenti Internet, computer, stampanti, UPS ecc.)	300.000
– Supervisione integrata trimestrale (4 Supportive supervision) per 19 Uffici sanitari di Zona e 304 Uffici sanitari distrettuali (carburante, materiale didattico, diarie ecc.)	64.350
– Supervisione integrata trimestrale (4 Supportive supervision) per 1250 Health centers regionali	250.000
Totale Componente 1	3.500.000

Procedure di accreditamento (ex Art. 6.3 dell'Accordo)

Componente 1 - Accreditamento presso la *National Bank of Ethiopia* dell'importo di Euro 3.500.000.

Dall'entrata in vigore dell'Accordo le seguenti precondizioni devono essere rispettate perché si possa procedere all'accREDITamento:

- a) Il Ministero della Sanità e gli Uffici Regionali di Sanità avranno aperto rispettivamente lo "*Special Account*" ed i "*Regional Commercial Bank Accounts*" e comunicato le relative coordinate bancarie alla DGCS via l'UTL;
- b) Il Ministero della Sanità avrà nominato la *Person in Charge* (PIC);
- c) L'MoH avrà sottoposto una richiesta di fondi al MAECI-DGCS attraverso l'Ambasciata d'Italia.

Componente 2 – Fondo esperti e Fondo in loco (Gestione diretta DGCS, Canale 3)

Accreditamento dei fondi per la Componente 2 (Fondo Esperti e Fondo in loco)

Le modalità di trasferimento per la Componente 2 a gestione diretta, seguiranno la consueta procedura DGCS.

COMPONENTE 2	EURO
Fondo esperti	240.000
Fondo in loco	400.000
Sub-totale Componente 2	640.000

Fondo esperti

Il documento di formulazione prevede una componente di assistenza tecnica italiana al fine di offrire il massimo supporto alla realizzazione degli obiettivi concordati in ambito HSDP.

In continuità con le iniziative “Contributo italiano allo sviluppo del settore sanitario – HSDP” e “Contributo italiano al PBS II” gli esperti forniranno assistenza tecnica al Ministero della Sanità nelle sue articolazioni federale, regionale e distrettuale per il rafforzamento dei sistemi sanitari (HMIS, HRD ecc.), parteciperanno al monitoraggio tecnico e finanziario dell'HSDP attraverso i relativi organi di governo congiunto⁷ (JCCC, JCM ecc.) e realizzeranno pertinenti studi, ricerche operative, pubblicazioni e workshop di disseminazione dei risultati.

Risulta dunque fondamentale assicurare che il supporto finanziario a MoH e regioni sia opportunamente affiancato da alcune attività di assistenza tecnica specifiche finanziate sul canale bilaterale: dati gli ottimi risultati fin qui ottenuti dalle varie assistenze tecniche mirate, è opportuno continuare tale supporto in aree e con modalità da concordare con le controparti etiopiche. In particolare, si potrebbe configurare un'assistenza tecnica di alto profilo che sia focalizzata, all'interno delle macro-aree di sviluppo di sistemi, in sub-aree strategiche di forte contenuto tecnico e di alto valore aggiunto in termini di politiche di salute e strategie sanitarie.

Nel contempo, è importante assicurare la valorizzazione delle esperienze positive (promosse dalla Cooperazione Italiana e da altri partner) sul territorio, la loro documentazione attraverso studi e ricerche operative e la loro disseminazione come “*best practices*” ed, in generale, la promozione di aree di eccellenza e di pratiche innovative da replicare in altre aree e da utilizzare come modelli per lo sviluppo di strategie sanitarie e politiche di salute a livello nazionale.

I conseguenti risultati di tale approccio potrebbero essere:

- Supporto allo sviluppo di sistemi a livello nazionale;
- Focalizzazione dell'assistenza tecnica in aree strategiche di forte contenuto tecnico e di alto valore aggiunto in termini di politiche di salute e strategie sanitarie;
- Sinergia e coordinamento fra diversi livelli di sviluppo di politiche di salute e strategie operative e loro esecuzione sul terreno;
- Contributo al miglioramento dell'efficienza, efficacia ed equità dei servizi sanitari;

⁷ I principali organi di governo congiunto dell'HSDP sono a) il Joint Core Coordination Committee (JCCC), organo di decisione tecnica, si riunisce bisettimanalmente b) il Joint Consultative Forum (JCM), di dialogo tra Governo e Donatori, si riunisce trimestralmente e c) l'Annual Review Meeting del settore (ARM) che si riunisce annualmente. Inoltre, l'organo di coordinamento fra Donatori è l'Health Population and Nutrition Donor Group (HPN Donor Group), che si riunisce mensilmente.

- Armonizzazione delle procedure di pianificazione, gestione finanziaria e monitoraggio/valutazione;
- Visibilità della Cooperazione Italiana nelle sue diverse articolazioni (governativa e non-governativa);
- Contributo allo sviluppo di linee di cooperazione innovative in aree strategiche del settore sanitario.

A tale scopo sono previsti 24 mesi/uomo, prevalentemente attraverso brevi missioni, per assistenza tecnica e monitoraggio al costo medio mensile di € 10.000 per un totale stimato di 240.000 Euro come da schema seguente:

- Capo programma (IE) presso la *Technical Assistance and Monitoring Unit* (TAMU) per 8 mesi;
- Esperto in monitoraggio finanziario e valutazione gestionale presso TAMU e UTL per 8 mesi;
- Esperti tematici (Sistemi informativi sanitari, Risorse umane ecc.) presso il Ministero della Sanità e le Regioni per le attività di “capacity building” per 8 mesi.

Fondo in loco

Il Piano Operativo Generale sarà sottoposto all’approvazione del MAECI/DGCS non appena saranno disponibili i dettagli necessari alla sua redazione. Tuttavia, qui di seguito, si disegnano sinteticamente le sue linee generali ed il futuro utilizzo del relativo Fondo in loco:

Il Fondo in loco è disegnato per consentire l’operatività dell’assistenza tecnica e monitoraggio nonché delle attività di studio, ricerca operativa, pubblicazione e disseminazione delle esperienze a livello centrale, delle regioni, dei distretti e presso partner, organizzazioni internazionali ed ONG operanti nel settore sanitario. Esso è in particolare destinato a consentire le attività di monitoraggio delle attività dell’HSDP e la partecipazione italiana al dialogo istituzionale, in corso nel Paese, su armonizzazione ed allineamento.

Sulla base dell’esperienza delle iniziative sanitarie passate di cui si utilizzeranno ufficio, veicoli ed attrezzature esistenti, è possibile stimare che i costi di funzionamento e ricerche, incluso il costo di consulenti con contratto locale, ammonta a circa Euro 400.000 per la durata dell’iniziativa (15 mesi).

Il budget del Fondo in loco risulta così articolato:

VOCI		EURO
1	ATTREZZATURE (ACQUISTI)	10.000
2	FONDI DI GESTIONE	340.000
3	ATTIVITÀ DI PROGRAMMA	50.000
	TOTALE	400.000

Di seguito le voci di costo previste:

VOCI		EURO
1	ATTREZZATURE (ACQUISTI)	10.000
1.1	Arredi ed attrezzature da ufficio	10.000
2	FONDI DI GESTIONE	340.000
2.1	Canoni affitto locali	52.000
2.2	Utenze e tasse	14.000
2.3	Cancelleria e stampati	6.000
2.4	Trasferimenti e trasporti	16.000
2.5	Assicurazioni	6.000
2.6	Manutenzioni	16.000
2.7	Personale locale	60.000
2.8	Consulenti, contratti locali	160.000
2.9	Spese generali (bancarie, ecc.)	10.000
3	ATTIVITÀ DI PROGRAMMA	50.000
3.1	Ricerche operative, studi e seminari	10.000
3.2	Divulgazione risultati	40.000
TOTALE		400.000

Dettaglio delle voci di spesa proposte

VOCI		EURO
TOTALE FONDO IN LOCO		400.000
1 ATTREZZATURE (ACQUISTI)		10.000
1.1	Arredi ed attrezzature da ufficio	10.000

Sono stati previsti fondi per acquisti di arredi e/o attrezzature, nonché per la sostituzione di computer e macchine d'ufficio obsolete.

2 FONDI DI GESTIONE		340.000
2.1	Canoni affitto locali	52.000

La continuità dell'uso della sede attuale consentirà di effettuare economie, in una prima fase del Programma. Si stimano comunque necessari fondi adeguati su questa voce di budget, per far fronte a possibili adeguamenti di prezzo, in seguito alla forte svalutazione subita dalla valuta locale ed al conseguente aumento dei prezzi correnti.

2.2	Utenze e tasse	14.000
-----	----------------	--------

Trattasi dei costi di utenze telefoniche, fax ed Internet, utenze elettriche e idriche, nonché per le spese postali. I costi medi di dette utenze sono noti e basati su quelli storici delle precedenti iniziative e tengono conto di un'eventuale oscillazione dei prezzi.

2.3	Cancelleria e stampati	6.000
-----	------------------------	-------

I costi previsti per cancelleria e stampati sono calcolati anch'essi sulla base di quelli storici delle precedenti iniziative.

2.4	Trasferimenti e trasporti	16.000
-----	---------------------------	--------

Trattasi della previsione di spesa per viaggi di servizio, carburanti, lubrificanti e pneumatici, nonché noli, spedizioni, imballaggi e facchinaggi per 15 mesi.

Data la complessità del Programma ed il suo raggio d'azione, per assicurare il puntuale svolgimento delle attività previste, sia per quanto riguarda le attività a livello centrale che quelle a livello regionale e distrettuale, sono necessari regolari viaggi di servizio per monitoraggio delle attività, formazione e supervisione.

Sulla base dei costi storici di analoghe iniziative della Cooperazione Italiana, si stima per questa sottovoce un costo totale pari a:

- Euro 8.700: spese relative ai veicoli (carburante, pneumatici, lubrificanti);
- Euro 2.900: spese per voli interni per le attività di monitoraggio;
- Euro 4.400: per diem per missioni nel Paese per il personale locale (consulenti ed autisti).

Tenuto conto inoltre della forte svalutazione subita della valuta etiopica nell'ultimo anno ed il conseguente aumento dei prezzi di beni e servizi, il costo totale di questa sottovoce, pari a 16.000 Euro, è giustificato sotto l'aspetto tecnico e ammissibile e congruo dal punto di vista economico.

2.5	Assicurazioni	6.000
-----	---------------	-------

Trattasi dei premi delle assicurazioni per immobili (ufficio), veicoli di servizio ed assicurazioni di legge per il personale locale. Il costo previsto per le assicurazioni è calcolato in base alle tariffe in vigore delle locali compagnie.

Il costo stimato è così suddiviso:

- Euro 2.500 Assicurazione malattia personale locale
- Euro 1.300 Assicurazione infortuni personale locale
- Euro 1.000 Assicurazione furto e incendio ufficio
- Euro 1.200 Assicurazione autoveicoli di servizio

2.6	Manutenzioni	16.000
-----	--------------	--------

Trattasi dei costi previsti per la manutenzione di immobili (ufficio), dei relativi arredi ed attrezzature e della manutenzione dei quattro veicoli di servizio.

Il costo stimato è così suddiviso:

- Euro 8.000 Manutenzione autovetture
- Euro 8.000 Manutenzione apparecchiature elettroniche d'ufficio (computer, server, reti LAN e Wireless, fotocopiatrice, stampanti e fax).

I costi medi di dette manutenzioni sono noti e basati su quelli storici delle precedenti iniziative, e sono pertanto da considerarsi giustificati sotto l'aspetto tecnico e ammissibili e congrui dal punto di vista economico.

2.7	Personale locale	60.000
-----	------------------	--------

Il personale locale consta di una segretaria, una assistente contabile, tre autisti, due guardiani ed una addetta alle pulizie. I costi complessivi relativi a questa sotto voce sono stati ricavati a partire dalle

retribuzioni correnti corrisposte in Etiopia dalle Organizzazioni Internazionali e dagli altri progetti della Cooperazione Italiana per personale di pari livello e sono stimati in base ai costi medi storici di dette retribuzioni. Essi sono pertanto da considerarsi giustificati sotto l'aspetto tecnico e ammissibili e congrui dal punto di vista economico.

I costi mensili del personale locale sono così suddivisi:

PERSONALE	EURO/MESE
• Assistente contabile	750
• Segretaria/receptionist	580
• Autista/messo	680
• Autista 2	600
• Autista 3	600
• Addetta pulizie	300
• Guardiano 1	230
• Guardiano 2	230

Il costo mensile complessivo ammonta a Euro 3.970, per un totale di Euro 60.000 per 15 mesi comprensivo del trattamento di fine rapporto.

2.8	Consulenti e contratti locali	160.000
-----	-------------------------------	---------

Trattasi di costi relativi a consulenze e collaborazioni tecniche da parte di esperti locali.

Per quanto riguarda le consulenze e le collaborazioni in loco, queste saranno basate su esigenze dell'Ufficio di coordinamento del programma e/o richieste da parte etiopica, centrale o regionale, che siano strettamente collegate alle componenti del programma sanitario nazionale o con altre necessità (es. studi o appoggio alla pianificazione regionale ecc.).

Sarà inoltre necessario disporre di consulenti/collaboratori locali in aree di interesse prioritario (sanità pubblica, sistemi informativi sanitari, tecnologia dell'informazione, ecc.).

È inoltre necessario continuare l'appoggio istituzionale al Ministero della Sanità tramite l'identificazione congiunta di consulenze e/o assistenze tecniche puntuali su componenti prioritarie del programma per assicurare le attività di *capacity building* del personale sanitario etiopico.

Inoltre, considerato che gli esperti italiani saranno presenti solo attraverso brevi missioni, risulta essenziale assicurare la presenza dei consulenti locali in forza alla TAMU al fine di dare continuità all'azione del programma e salvaguardare l'assistenza tecnica e la gestione.

Gli emolumenti medi mensili di consulenti e collaboratori locali oscillano tra i 1.000 e i 2.000 Euro in base all'esperienza e qualifica del singolo ed ai termini di riferimento specifici che dettagliano il tipo di lavoro ed i risultati attesi.

A titolo di esempio di costi unitari si può stimare:

- N. 1 consulente locale monitoraggio e valutazione = Euro 1.750 x 15 mesi = Euro 26.250;
- N. 2 consulenti locali sanità pubblica e sistema d'informazione sanitaria Regione Oromia = Euro 1.600 x 2 unità x 15 mesi = Euro 48.000;
- N. 2 consulenti locali sanità pubblica e sistema d'informazione sanitaria Regione Tigray = Euro 1.600 x 2 unità x 15 mesi = Euro 48.000;
- N. 1 Project Officer in supporto alla Regione Oromia = Euro 1.000 x 15 mesi = Euro 15.000;

- N. 1 esperto in epidemiologia e controllo delle malattie endemiche in supporto ad Oromia e Tigray = Euro 1.500 x 15 mesi = Euro 22.500.

I costi relativi alla presente voce, pari a circa 160.000 Euro per 15 mesi, sono stati ricavati a partire dalle retribuzioni correnti corrisposte in Etiopia per personale di pari livello. Il costo riferito alla presente voce è giustificato dal punto di vista tecnico date le caratteristiche del programma ed è altresì congruo per quanto attiene all'aspetto economico tenuto conto dei parametri di calcolo utilizzati (livelli salariali applicati in Etiopia per tali ruoli dalle organizzazioni internazionali e dagli altri progetti della Cooperazione Italiana).

2.9	Spese generali (spese bancarie, abbonamenti, materiale di pulizia, ecc)	10.000,00
-----	---	-----------

Euro 666 circa x 15 mesi = Euro 10.000,00 per spese varie (spese bancarie, abbonamenti, materiali di pulizia, ecc.).

3 ATTIVITÀ DI PROGRAMMA

50.000

3.1	Ricerche operative, studi e seminari	10.000
-----	--------------------------------------	--------

Nella presente voce sono comprese quelle attività, direttamente riferibili al supporto istituzionale, finalizzate al rafforzamento delle istituzioni etiopiche che intervengono nella gestione e sviluppo di politiche di sanità pubblica. In tale ambito saranno assicurate attività di assistenza tecnica qualificata e di formazione. È altresì prevista la fornitura di attrezzature e materiale per la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario locale e l'organizzazione di incontri, seminari, workshop, nonché la continuazione del supporto fornito al Ministero della Sanità tramite l'identificazione e l'esecuzione congiunta di studi o ricerche operative a complemento della nostra attività di assistenza tecnica nell'ambito dei contributi italiani al Programma di sviluppo del settore sanitario in generale ed alla presente iniziativa in particolare.

Salvo diverse richieste espresse dal Ministero della Sanità, si prevedono:

- N. 1 studio sul livello di raggiungimento degli MDG (su mortalità materna e mortalità infantile) x 2.000 Euro;
- N 2 Ricerche Operative su *Health Management Information System* (HMIS) ed uso locale dell'informazione in Tigray e/o Oromia x Euro 2.000 cadauno = Euro 4.000;
- N. 1 studio relativo ai costi ed alla qualità dei servizi sanitari per lo sviluppo del Sistema Assicurativo sanitario x Euro 2.000;
- N.1 studio sul Sistema di monitoraggio della performance ospedaliera x Euro 2.000.

Altri studi, workshop e ricerche operative che verranno di volta in volta individuati, anche su richiesta delle controparti locali.

Il costo totale riferito a questa sotto voce, equivalente a 10.000 Euro, è giustificato sotto l'aspetto tecnico in considerazione del volume complessivo delle attività previste e congruo sotto l'aspetto economico poiché derivante dall'applicazione di parametri in linea con quelli praticati dagli Organismi Internazionali nell'esecuzione di attività similari.

3.2	Divulgazione risultati	40.000
-----	------------------------	--------

La presente sotto voce si riferisce ai costi previsti per la redazione, stampa e diffusione di pubblicazioni relative a studi ed esperienze realizzate nell'ambito del programma.

In particolare si intende realizzare e diffondere:

- n. 6 numeri della rivista scientifica del ministero della Sanità “*Policy and Practice*” per un importo di Euro 5.000 cadauno = Euro 30.000;
- n. 1 *Annual Review Meeting (ARM) Performance Report* per l’importo di Euro 10.000 = Euro 10.000.

Il costo riferito alla presente sotto voce, pari a complessivi 40.000 Euro, è giustificato sotto l’aspetto tecnico considerata la necessità di dare adeguata diffusione e visibilità ai risultati dell’iniziativa e la relativa previsione di spesa è inoltre ammissibile dal punto di vista economico poiché in linea con i costi solitamente sostenuti nella realizzazione di analoghe attività sia dalla Cooperazione Italiana che da altri attori di cooperazione presenti nel Paese.

6. FATTORI DI SOSTENIBILITA'

6.1 Misure politiche di sostegno

I principali elementi in favore di una sostenibilità politica sono:

- L'esistenza di un Piano di Sviluppo di Settore (HSDP) nel quadro della metodologia SWAP⁸ che comporta una forte *ownership* e la partecipazione attiva delle rappresentanze dei paesi donatori e permette quindi un lavoro integrato e sostenuto dall'impegno politico locale.
- L'erogazione di servizi sanitari decentrati. Le Regioni sono autonome nella definizione del loro budget sanitario, ed al FMOH federale resta il compito di programmazione della politica sanitaria nazionale, della stesura delle linee-guida per la sua esecuzione, di monitoraggio e di valutazione.

6.2 Quadro istituzionale e capacità gestionali

Le capacità gestionali del sistema sanitario nazionale etiopico sono particolarmente limitate specialmente a causa della carenza di risorse umane qualificate. I Programmi di sviluppo (sanità e educazione in particolare) per sopperire a tali carenze, sono configurati in modo tale da vincolare sia il Governo che il gruppo dei donatori ad un rigido sistema delle varie fasi del programma - dalla fase di formulazione, alla fase di realizzazione e infine di valutazione - definito chiaramente in documenti concordati e sottoscritti dai "partecipanti" ai programmi.

L'HSDP si prefigge come attività principali proprio quella dello sviluppo delle risorse umane e del miglioramento delle condizioni lavorative nelle strutture sanitarie delle zone beneficiarie, tramite la fornitura di farmaci e attrezzature sanitarie e dell'appoggio ai costi correnti per le varie attività (vaccinazioni, supervisione, etc.).

La consistente assistenza tecnica prevista nell'ambito dell'iniziativa ha anch'essa la sua ragion d'essere nella constatata difficoltà del Paese di gestire e realizzare in proprio gli impegni e le attività previste nell'HSDP.

6.3 Aspetti ambientali

L'iniziativa non prevede alcuna attività che possa avere ricadute negative sull'ambiente. Al contrario, nell'ambito dell'appoggio alle attività di sanità pubblica nelle aree identificate, verrà data notevole importanza al miglioramento delle condizioni igieniche ambientali, con particolare riferimento alle latrine ed alla eliminazione dei rifiuti, aspetto che presenta condizioni più o meno drammatiche in tutto il Paese.

6.4 Problematiche legate alla questione di genere e alla pari opportunità

Nell'ambito dell'HSDP si fa riferimento a precise politiche (Gender mainstreaming, Ministry of Women Affairs, 2009) che favoriscono l'ammissione femminile alle scuole sanitarie regionali (operatori sanitari junior e senior) rispetto agli uomini; il rapporto stabilito dovrebbe essere di 3:1 per le donne; inoltre vi è un criterio di selezione che facilita l'ingresso di personale femminile: votazione finale di "secondary school" richiesta per i maschi è 2,8, per le donne 2,6.

Nel presente programma, il supporto alla salute della donna rappresenta un espresso bisogno delle regioni beneficiarie e l'assistenza tecnica italiana avrà una attenzione particolare verso il miglioramento dei servizi di protezione materno-infantili quali l'MNCH e l'EmONC⁹.

⁸ Sector wide approach

⁹ MNCH: Maternal Neonatal and Child Health; EmONC: Emergency Obstetrical and Neonatal Care

6.5 Sostenibilità economica e finanziaria

Il Governo etiopico è il principale ente finanziatore del settore sanitario e il contributo italiano allo sviluppo dei sistemi sanitari provvede fondi addizionali per l'assistenza tecnica per un periodo limite, di modo da contribuire al raggiungimento dell'obiettivo specifico.

Elementi di sostenibilità sono:

- L'HSDP 2010 – 2015 rappresenta la forte *ownership* del Paese beneficiario nel processo dello sviluppo;
- La struttura federale del Paese assicura mandati chiari per ogni componente. L'MoH a livello federale ha la funzione di determinazione delle politiche e di indirizzo. I livelli regionali e sub-regionali hanno la funzionalità della pianificazione, realizzazione e monitoraggio delle attività. I due livelli hanno budget autonomi;
- I principi di partnership tra il MoFED, l'MoH ed i Partner per lo sviluppo, secondo "*International Health Partnership*" sono in uno stato avanzato di sviluppo e sono sempre obbligatori in Etiopia.

7. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Il supporto italiano all'HSDP si inserisce in un *framework* operativo stabilito e concordato dal Governo con le Regioni e i vari donatori ed è quindi sottoposto alle procedure e ai meccanismi decisi appositamente per l'esecuzione dell'HSDP.

I principi dell'*International Health Partnership*, l'*IHP Country Compact* e le metodologie dello SWAP implicano per di più la pianificazione e il finanziamento congiunto nonché sistemi di monitoraggio e valutazione congiunta dal MoH e dai Partner per lo sviluppo.

Questo metodo dovrebbe minimizzare le necessità di monitoraggio e valutazione effettuate dai singoli donatori in sistemi paralleli.

Per quanto riguarda la Componente 1 (Canale 2), saranno organizzate dal MAECI/DGCS attraverso l'UTL e TAMU e dall'MoH/RHBs delle attività congiunte di valutazione (in fase di realizzazione, finali ed ex-post).

Ogni volta che il contesto lo richieda ed a seconda della richiesta di una delle parti, si possono effettuare delle valutazioni esterne.

Per quanto attiene al monitoraggio nel suo complesso, la Cooperazione Italiana parteciperà agli organi di governo congiunto¹⁰ dell'HSDP (JCCC, JCM, HPN ecc.) insieme al Ministero della Sanità ed ai Partner per lo sviluppo. I verbali di riunione di JCCC, JCM e HPN Group, pubblici e diffusi presso istituzioni, ONG e partner, informano regolarmente circa i risultati delle attività e indirizzi dell'HSDP.

¹⁰ I principali organi di governo congiunto dell'HSDP sono a) il Joint Core Coordination Committee (JCCC), organo di decisione tecnica presieduto dal MoH e composto da rappresentanti delle organizzazioni Partner, si riunisce bisettimanalmente b) il Joint Consultative Forum (JCM), di dialogo tra Governo e Donatori, co-presieduto dal Ministro della Sanità e dal chairman dell'HPN, si riunisce trimestralmente e c) l'Annual Review Meeting del settore (ARM), a cui partecipano il MoH e le organizzazioni partner, è la principale assise congiunta di valutazione di performance e pianificazione settoriale, che si riunisce annualmente. Inoltre, l'organo di coordinamento fra Donatori è l'Health Population and Nutrition Donor Group (HPN Group), componente del Donor Assistance Group - DAG, co-presieduto da rappresentanti di agenzie di cooperazione bilaterale e da rappresentanti di Organizzazioni Internazionali, che si riunisce mensilmente.

8. CONCLUSIONI

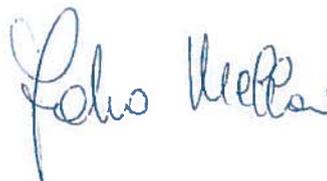
L'iniziativa "Supporto italiano allo sviluppo dei sistemi sanitari nelle regioni Oromia e Tigray" rappresenta una componente principale che entrerà a fare parte nel programma nazionale quinquennale (HSDP IV) del Paese in ambito sanitario.

Risponde tempestivamente agli impegni politici presi dall'Italia in ambito internazionale e in ambito locale, nonché è stato concepito in linea con i principi di armonizzazione e allineamento e in modo tale da contribuire, grazie al supporto finanziario e di assistenza tecnica di alto livello, al miglioramento di sistemi e servizi sanitari in vista del raggiungimento degli Obiettivi del Millennio per la componente salute. Inoltre, l'iniziativa è coerente e complementare con le politiche di cooperazione allo sviluppo dell'UE, concentrandosi su uno dei settori prioritari del secondo pilastro dell'"Agenda for Change".

Il finanziamento appare congruo e dimensionato alle necessità del Paese. Si esprime pertanto parere favorevole al finanziamento di € 4.140.000 suddiviso secondo le seguenti componenti:

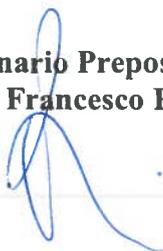
COMPONENTE 1	EURO
Acquisto di farmaci ed attrezzature da parte del Ministero della Sanità a livello centrale per le regioni	875.000
Finanziamento all' Ufficio Sanitario Regionale Tigray per il rafforzamento dei Sistemi sanitari (HRD, Drugs management, HMIS development)	875.000
Finanziamento all' Ufficio Sanitario Regionale Oromia per il rafforzamento dei Sistemi sanitari (HRD, Drugs management, HMIS development)	1.750.000
Sub-totale Componente 1	3.500.000
COMPONENTE 2	Totale
Fondo esperti	240.000
Fondo in loco	400.000
Sub-totale Componente 2	640.000
Totale generale	4.140.000

L'esperto UTC
Fabio Melloni



Visto

Il Funzionario Preposto all'UTC
Min. Plen. Francesco Paolo Venier



9. ALLEGATO 1 ToR Consulenti

Termini di riferimento dell'Italian Expert - Capo programma

Qualifica: medico di sanità pubblica

Esperienza qualificata

Lingua inglese

A livello centrale mantenere stretti rapporti di collaborazione con la controparte etiopica, coi donatori e con l'UTL e dovrà dirigere la *Technical Assistance and Monitoring Unit (TAMU)*:

- Partecipare, alle attività di monitoraggio congiunto del Programma di sviluppo del settore sanitario (HSDP) con MOH e Partner allo sviluppo secondo le modalità ed attraverso i fora indicati nel “*HSDP Health Harmonization Manual*”.
- Partecipare, al forum di coordinamento tra Partner allo sviluppo (*Health Population and Nutrition Donors' Group*).
- Svolgere congiuntamente alla *Person in Charge (PIC)* le attività di gestione e monitoraggio delle attività relative alla Componente 2 (regionale) del Programma ed in particolare:
 - Pianificare e monitorare le attività e l'utilizzo dei fondi italiani assieme ai Ministeri della Sanità, del MoFED ad ai responsabili tecnici ed amministrativi delle Regioni beneficiarie.
 - Collaborare con il Ministero della Sanità per i collegamenti operativi tra il centro e le Regioni interessate dall'iniziativa.
 - Eseguire regolare monitoraggio e valutazione delle attività a livello regionale in sintonia e concertazione con il Ministero della Sanità.
 - Partecipare alla stesura dei piani operativi annuali preparati dall'ufficio del RHB.
- Svolgere le attività di gestione e monitoraggio delle attività relative alla Componente 2, del Programma ed in particolare:
 - Preparare i piani operativi annuali, in accordo con le autorità etiopiche, da inviare a Roma tramite l'UTL per la loro approvazione.
 - Mantenere rapporti regolari con gli altri donatori nell'ambito del Piano Strategico Sanitario Nazionale in stretta sintonia e collaborazione con l'UTL.
 - Eseguire regolare supervisione e monitoraggio sul lavoro eseguito dagli altri esperti del Progetto e dagli esperti locali assunti a livello centrale e regionale.
 - Valutare, approvare ed eseguire, in stretta collaborazione con l'esperto amministrativo del Programma, tutte le attività relative alla gestione del Fondo in loco nell'ambito dei piani operativi concordati ed approvati.
 - Partecipare come membro effettivo in tutte le sedi in cui è prevista la presenza dell'IE,
 - Supervisionare le attività tecniche ed amministrative del Programma, monitorare e verificare il flusso e l'utilizzo dei finanziamenti.

Termini di riferimento Esperto in monitoraggio finanziario

Qualifica: laurea in economia o equipollente

Esperienza qualificata

Lingua inglese

L'esperto dovrà:

1. Monitorare e coordinare la gestione dei Fondi in loco per Etiopia, Sud Sudan e Gibuti in essere presso l'Unità Tecnica Locale (UTL) di Addis Abeba e valutarne la conformità alla normativa in materia di contabilità della Pubblica Amministrazione;

2. Sviluppare le capacità professionali degli addetti alla contabilità dell'UTL di Addis Abeba attraverso la *"supportive supervision"*;
3. Partecipare ai tavoli di lavoro congiunti Governo – Donatori al fine di collaborare con i tecnici del Ministero della Sanità etiopie nella pianificazione finanziaria delle attività di sostegno al rafforzamento dei servizi e sistemi sanitari nazionali;
4. Valutare i rapporti finanziari trimestrali presentati dal Ministero della Sanità all'interno degli organi di governo congiunti;
5. Valutare i rapporti di audit sottoposti ai donatori dal Ministero della Sanità etiopie;
6. Collaborare, per la parte di propria competenza, con il capo programma alla stesura di rapporti intermedi e finali sullo stato di avanzamento finanziario e di attività.

T.o.R ESPERTO IN SISTEMI INFORMATIVI SANITARI

Qualifica: medico di sanità pubblica/epidemiologo

Esperienza qualificata

Lingua inglese

Figura professionale richiesta: Esperto in sistemi informativi sanitari e sanità pubblica.

Funzioni da svolgere: Consulente tecnico del Team responsabile del Sistema informativo sanitario (HMIS) presso il Ministero della Sanità a livello centrale, regionale e di distretto

L'esperto dovrà:

- assistere il MOH nel processo di integrazione nell'HMIS delle informazioni e nella selezione degli indicatori pertinenti alla definizione di un quadro generale del Programma di sviluppo settoriale (HSDP) al fine di migliorare la qualità ed elaborazione dei dati e l'utilizzo delle informazioni a livello decisionale;
- assistere il MOH nella gestione dell'HMIS compresa la revisione e/o il perfezionamento di procedure e strumenti per la raccolta, la trasmissione, la diffusione dei dati;
- assistere i Bureaux di Sanità Regionale (RHB) nell'adozione del sistema e nell'elaborazione di profili sanitari zonali e distrettuali;
- assistere il MOH nell'elaborazione di un progetto formativo per la realizzazione di corsi, seminari e laboratori di attività attinenti all'HMIS;
- collaborare allo sviluppo di manuali e linee guida per l'utilizzo del sistema da adottare sia nei corsi di formazione che come moduli da includere nei curricula di formazione di base;
- collaborare nella definizione dei principi e delle strategie di informatizzazione dell'HMIS e nella loro realizzazione;
- partecipare all'individuazione, realizzazione e analisi di ricerche operative nell'ambito dell'HMIS;
- partecipare alle attività di monitoraggio e valutazione dell'HMIS a livello periferico;
- collaborare con il capo progetto e il MOH nell'elaborazione dei piani operativi semestrali;
- fornire assistenza tecnica al MOH per quanto riguarda: la pianificazione, il coordinamento, la direzione e l'esecuzione delle attività dell'HMIS;
- l'elaborazione di un "Rapporto statistico annuale" perfezionandone progressivamente il contenuto e promuovendone la diffusione;
- l'elaborazione di relazioni semestrali relative allo stato di avanzamento dell'HMIS da sottoporre al Direttore del MOH e al capo progetto.

10.MARKER EFFICACIA

Domande senza punteggio

Linee Guida e Indirizzi di Programmazione

	Domande	SI/ NO	Pagina di riferimento nel documento in esame	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
1	L'iniziativa viene attuata in uno dei Paesi prioritari indicati nelle Linee Guida triennali della DGCS?	SI	-	L'Etiopia è uno dei Paesi prioritari della DGCS		
2	L'iniziativa rientra tra i settori prioritari indicati nelle Linee Guida triennali della DGCS?	SI	Pag. 11, par. 2.1			

Linee Guida Settoriali, Tematiche e Trasversali (LGSTT)

	Domande	SI/ NO	Pagina di riferimento nel documento in esame	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
1	L'iniziativa è in linea con quanto indicano eventuali Linee Guida Settoriali, Tematiche e Trasversali (LGSTT) della DGCS (laddove applicabili)?	SI	Pag. 11, par. 2.1			

Domande con punteggio

1 – Ownership

	Domande	SI/ NO	Pagina di riferimento nel documento in esame	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
1	L'iniziativa è parte integrante di una strategia di sviluppo (complessiva o settoriale) del partner governativo chiaramente identificabile e contribuisce all'ottenimento dei suoi risultati? PUNTI MAX 4	SI	Pag. 6, par. 1.1; Pag. 13-14, par. 2.5;	HSDP; IHP Country Compact		

2	L'iniziativa rafforza le capacità del Paese partner necessarie a dotarsi di piani di sviluppo e ad attuarli? PUNTI MAX 4	SI	Pag. 13-15, par. 2.5			
3	Il documento di progetto è stato elaborato, discusso e concordato con tutte le parti locali interessate? PUNTI MAX 4	SI	Pag. 6, par. 1.1; Pag. 12, par. 2.1; Pag. 19, par. 3.4; Pag. 21, par. 5.1			
Totale MAX 12						

2 – Allineamento (Alignment)

	Domande	SI/NO	Pagina di riferimento nel documento in esame	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
1	Nell'attuazione dell'iniziativa si evita di costituire una <i>Parallel Implementation Unit (PIU)</i> ? PUNTI MAX 4	SI	Pag. 23, par. 5.2	La TAMU non ha funzione di implementazione, ma di monitoraggio ed assistenza tecnica		
2	Le modalità di esecuzione, le attività, gli obiettivi e i risultati dell'iniziativa sono stati discussi con tutte le parti locali interessate e sono coerenti con la strategia governativa in cui l'iniziativa si iscrive? PUNTI MAX 3	SI	Pag. 6, par. 1.1; Pag. 12, par. 2.1; Pag. 19, par. 3.4; Pag. 21, par. 5.1; Pag. 26, 5.4			
3	La realizzazione delle attività e la gestione dei fondi dell'iniziativa sono sotto la responsabilità diretta del Partner locale, e utilizzano le procedure locali di "procurement" e "auditing"? PUNTI MAX 4	SI	Pag. 22, par. 5.2			
4	L'assistenza tecnica è fornita nella misura strettamente necessaria, con modalità concordate con il Paese partner e coinvolgendo nella massima misura possibile l'expertise	SI	Pag. 6, par. 1.1	L'assistenza tecnica è in linea con le Technical assistance guidelines dell'MOH		

	locale? PUNTI MAX 3				
Totale MAX 14					

3 – Armonizzazione (Harmonization)

	Domande	SI/ NO	Pagina di riferimento nel documento in esame	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
1	L'intervento è parte di una strategia condivisa con gli altri donatori, in particolare in ambito UE (es. Divisione del Lavoro, Programmazione Congiunta)? PUNTI MAX 4	SI	Pag. 11, par. 2.1			
2	I risultati finali e le lezioni apprese saranno condivise con gli altri donatori? PUNTI MAX 4	SI	Pag. 23, par. 5.2; Pag. 28, par. 5.4	Ricerche studi e pubblicazioni verranno disseminati presso tutti i partner		
Totale MAX 8						

4 – Gestione orientata ai risultati (Managing for development results)

	Domande	SI/ NO	Pagina di riferimento nel documento in esame	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
1	L'iniziativa definisce obiettivi e risultati coerenti con le strategie nazionali e basati su indicatori misurabili facendo ricorso a statistiche nazionali (del beneficiario)? PUNTI MAX 4	SI	Pag. 8-9, par. 1.3	Matrice del quadro logico (Fonti di verifica)		
2	E' previsto un sistema di gestione dell'iniziativa per risultati (pianificazione, gestione del rischio, monitoraggio, valutazione)? PUNTI MAX 3	SI	Pag. 21, par. 5.1; Pag. 26, par. 5.4; Pag. 37, cap. 7; Pag. 27, par. 5.4			
3	Sono previste, nell'ambito dell'iniziativa, attività per il rafforzamento delle capacità locali di gestione per risultati? PUNTI MAX 3	SI	Pag. 6, par. 1.1	Si fa riferimento alle attività di sviluppo delle risorse umane (Capacity building) a livello centrale e regionale		

			dell'MOH		
Totale MAX 10					

5 – Responsabilità reciproca (Mutual accountability)

	Domande	SI/ NO	Pagina di riferimento nel documento in esame	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
1	Sono previste tempestive forme di pubblicità delle attività di progetto che rendano pienamente trasparenti, particolarmente nel Paese partner, tutti i processi decisionali svolti da entrambe le parti nel corso della realizzazione dell'iniziativa? PUNTI MAX 4	NO				
2	Sono previste periodiche e formali consultazioni tra rappresentanti di tutte le parti coinvolte? PUNTI MAX 3	SI	Pag. 37, cap. 7			
3	E' prevista una valutazione congiunta al termine delle attività? PUNTI MAX 3	SI	Pag. 37, cap. 7			
Totale MAX 10						

6 – Partenariato inclusivo (Inclusive partnership)

	Domande	SI/ NO	Pagina di riferimento nel documento in esame	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
1	Nella identificazione e formulazione dell'iniziativa si sono promosse sinergie con altre attività di sviluppo svolte dalla società civile, dal settore privato e da altri donatori, ed è stato incoraggiato lo scambio di conoscenze, con particolare riguardo alle esperienze della cooperazione Sud-Sud? PUNTI MAX 3	NO				
2	Nella identificazione e	NO				

	formulazione dell'iniziativa sono state tenute in conto eventuali sinergie di quest'ultima con politiche ed attività non specificamente di sviluppo (es. Commerciali, di investimento diretto, culturali, etc.) svolte da altri soggetti, sia locali che internazionali? PUNTI MAX 3				
Totale MAX 6					

7 – Lotta alla povertà (Poverty reduction)

	Domande	SI/ NO	Pagina di riferimento nel documento in esame	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
1	Sono fornite evidenze della rispondenza dell'iniziativa alle "Linee guida per la lotta contro la povertà" della DGCS (pubblicate a marzo 2011)? PUNTI MAX 4	SI	Pag. 19-20, par. 3.4 e 3.5	Incrementato l'accesso ai servizi sanitari tra i risultati attesi		
2	L'iniziativa è coerente con i programmi/misure adottate dal Paese partner di riduzione della povertà e per l'inclusione sociale ovvero mira al rafforzamento delle relative capacità istituzionali? PUNTI MAX 2	SI	Pag. 13, par. 2.5	L'HSDP è in linea col PASDEP		
3	Sono previste specifiche verifiche sull'impatto dell'iniziativa sulle popolazioni più svantaggiate del Paese partner? PUNTI MAX 4	SI	Pag. 19-20, par. 3.5	Incrementato l'accesso ai servizi sanitari tra i risultati attesi		
Totale MAX 10						

8 – Eguaglianza di genere (Gender equality)

	Domande	SI/ NO	Pagina di riferimento nel	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
--	---------	-----------	---------------------------	------	------------------	-----------------

			documento in esame			
1	Sono fornite evidenze della rispondenza dell'iniziativa alle "Linee guida per uguaglianza di genere e empowerment delle donne" della DGCS (pubblicate a luglio 2010)? PUNTI MAX 4	SI	Pag. 36, par. 6.4			
2	L'iniziativa è coerente con programmi/misure adottate dal Paese partner per l'uguaglianza di genere e l'empowerment delle donne ovvero mira al rafforzamento delle relative capacità istituzionali? PUNTI MAX 2	SI	Pag. 36, par. 6.4			
3	Sono previste specifiche verifiche dell'impatto sulle donne, basate sui dati disaggregati? PUNTI MAX 4	SI	Pag. 20, par. 3.4; Pag. 18, par. 3.2	Tasso di mortalità materna e percentuale di parti assistiti		
Totale MAX 10						

9 – Sostenibilità ambientale (Environmental sustainability)

	Domande	SI/ NO	Pagina di riferimento nel documento in esame	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
1	Sono fornite evidenze della rispondenza dell'iniziativa alle "Linee guida ambiente" della DGCS (pubblicate a settembre 2010)? PUNTI MAX 4	NO		NA		
2	L'iniziativa è coerente con programmi/misure adottate dal Paese partner per l'ambiente ovvero mira al rafforzamento delle capacità istituzionali? PUNTI MAX 2	NO		NA		
3	Sono previste specifiche verifiche dell'impatto sull'ambiente? PUNTI MAX 4	NO		NA		
Totale MAX 10						

10 – Slegamento (Untying)

	Domande	SI/ NO	Pagina di riferimento nel documento in esame	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
1	Lo slegamento del finanziamento è superiore all'80%? Totale MAX 10	SI	Scheda iniziale			
Totale MAX 10						

TOTALE COMPLESSIVO DELL'INIZIATIVA (max. 100)	
--	--

11. PRINCIPI GUIDA SALUTE: MARKER DI EFFICACIA

12.08.14

	Domande	Rispondenza SI/ NO	Punteggio ¹¹ da 0 a 10	Pag. di riferimento nel documento	Note
1	L'iniziativa agisce sui determinanti sociali della salute e/o sui programmi di protezione sociale in modo da mitigare povertà e disuguaglianze?	SI		Pag. 36, par. 6.4	
2	L'iniziativa risponde ai bisogni dei gruppi di popolazione poveri o marginalizzati o vulnerabili?	SI		Pag. 16, par. 2.7	
3	L'iniziativa è volta a migliorare la copertura sanitaria promuovendo l'accesso a servizi di migliore qualità, equità ed efficienza	SI		Pag. 19, par. 3.4, Risultati attesi	
4	L'iniziativa intende rafforzare parte o tutte le seguenti componenti del sistema sanitario (ai vari livelli: ministero, ospedale, cure primarie, comunità) favorendone l'integrazione e promuovendo lo sviluppo delle competenze locali? a) erogazione dei servizi b) risorse umane c) sistemi informativi d) farmaci e tecnologie sanitarie e) finanziamento f) <i>leadership e governance</i>	SI		Pag. 18-19, par. 3.2, 3.3, 3.4 Pag. 28, par. Fondo in loco; Pag. 15, Strategia settore sanitario	
5	L'iniziativa favorisce la partecipazione e l'empowerment delle comunità per scelte relative alla salute?	SI		Pag. 15-16, par. 2.6; Pag. 26, par. Componente 1	Health Extension Programme e Health Development Army
6	L'iniziativa promuove lo sviluppo di capacità locali per la formazione e la ricerca scientifica in almeno uno dei seguenti campi: a) ricerca operativa b) ricerca sui sistemi sanitari c) produzione locale di farmaci e vaccini c) tecnologie sanitarie con ricadute dirette sulla salute della popolazione?	SI		Pag. 28, par. Fondo in loco; Pag. 15, Strategia settore sanitario; Pag. 19, par. Indicatori	
7	L'iniziativa prevede interventi a favore della salute delle donne e dei bambini, dei diritti riguardanti la salute sessuale e riproduttiva, e al contrasto della violenza di genere ?	SI		Pag. 15-16, par.2.6	
8	L'iniziativa è tesa a promuovere i diritti e/o a migliorare i servizi per le persone disabili?	NO			
9	L'iniziativa mira alla prevenzione e al controllo delle principali malattie infettive comprese le malattie tropicali dimenticate, o delle malattie croniche non trasmissibili (malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie)?	NO			
10	L'iniziativa comprende un adeguato studio del contesto e una valutazione basata sui risultati?	SI		Pag. 11-14, cap. 2; Pag. 19, risultati attesi; Pag. 19, Indicatori	

¹¹ Il punteggio dei singoli marker verrà stabilito sulla base di differenti "pesi"

AGREEMENT

BETWEEN

THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF ITALY

AND

**THE GOVERNMENT OF THE FEDERAL DEMOCRATIC REPUBLIC OF
ETHIOPIA**

For the implementation of the Programme:

“Italian Support to Health System Strengthening in Oromia and Tigray Regions”

The Government of the Republic of Italy (hereinafter referred to as “GOI”) and the Government of the Federal Democratic Republic of Ethiopia (hereinafter referred to as “GOE”) hereinafter referred to as the “Parties”, have decided to enter into this Agreement (hereinafter referred to as the “Agreement”):

WHEREAS Italy, together with Ethiopia and other Partners, is engaged in the framework of the Global Campaign for the achievement of the Millennium Development Goals and has signed, in August 2007, the “International Health Partnership (IHP) Global Compact” and, in August 2008, the “Ethiopia IHP Country Compact”. These processes are the follow up of the Paris Declaration principles i.e. National ownership, Alignment with national systems, Harmonization between agencies, Managing for results and Mutual accountability with the aim of increasing the aid effectiveness in the health sector;

WHEREAS under the Ethio-Italian Cooperation Framework 2013-2015 (hereinafter referred to as CF) signed in Addis Ababa on May 30, 2013 by the Ministry of Finance and Economic Development (hereinafter referred to as MoFED) for the Ethiopian side and by the Italian Ministry of Foreign Affairs for the Italian side, it was agreed that the health sector will continue, considering the good level of effectiveness, innovation and sustainability, to enforce the process of harmonization among Development Partners and alignment with the Government Procedures;

WHEREAS under the CF, it is agreed that the amount of 10,800,000 Euro in grant and 5,000,000 Euro in soft loan will be allocated to the health sector and will be channelled to support mainly the following:

- a) the MDG fund, directly managed by the Federal Ministry of Health for the amount of 7,000,000 Euro in grant;
- b) the Health Information System development for the amount of 3,500,000 Euro in grant;
- c) the Health Pooled Fund to UNICEF for the Health Population and Nutrition for the amount of 300,000 Euro in grant;
- d) the health sector for the amount of 5,000,000 Euro in soft loan;

WHEREAS for the years 2013, 2014 and 2015, it is agreed that the amount of 3,500,000 Euro in grant will be allocated to the Health Information System development;

WHEREAS throughout appraisal activities jointly carried out in June to September 2014 by the experts of the Directorate General for Development Cooperation of the Italian Ministry of Foreign Affairs (hereinafter referred to as "MAECI/DGCS") and by the Federal Ministry of Health, the initiative named "Italian Support to Health System Strengthening in Oromia and Tigray Regions" (hereinafter referred to as the "Programme") has been prepared, endorsed by MoFED and sent to the Embassy of Italy in Addis Ababa with a request for financing on 19 September 2014;

WHEREAS the Board of the Italian Development Cooperation has approved the financing of the Programme on XXXXXX.

The Parties hereby agree as follows:

ARTICLE 1

SCOPE AND CONTENTS OF THE AGREEMENT

1. The present Agreement is aimed at:
 - establishing the mutual obligations of the Parties concerning the implementation of the Programme;
 - defining crediting, disbursement, procurement, monitoring, evaluation and reporting procedures.
2. This Agreement consists of the present text.

ARTICLE 2

PROGRAMME OBJECTIVES

The **General Objective** of the Programme is to improve the health status of Ethiopian population according to HSDP and in line with the health Millennium Development Goals.

The **Specific Objective** of the Programme is to increase the coverage and improve the quality of preventive and curative health services by the strengthening of the capacity of generating and using the information (HMIS) and the development of human resources of health sector (HRD).

The Programme contributes to the MDG 4, Target 4A, MDG 5, Targets 5A and 5B adopted by the Universal Access Plan of the Government of Ethiopia.

ARTICLE 3

FINANCIAL CONTRIBUTIONS BY THE PARTIES

In order to carry out the activities agreed between the Parties, the financing resources assigned to the Programme will be as follows:

By GOI:

The total financial contribution of the GOI for the Programme consists in a grant (hereinafter referred to as the “Grant”) for the amount of Euro 3,500,000. The Grant shall be financed under the Channel 2 option of the HSDP;

By GOE

The GOE shall ensure appropriate management of funds.

The funds financed under the Channel 2 option of the HSDP provided by GOI, are meant to complement the funds already provided by MOH, RHBs of Oromia and Tigray respectively. Thus, the GOE shall ensure that the MOH, Regional Health Bureaus of Oromia and Tigray provide regular human, financial and logistic resources necessary for the execution of the Programme activities.

Moreover VAT and other taxes, duties, clearing and storage charges and any other levies to be paid in Ethiopia for the execution of the programme activities shall be borne by GOE.

ARTICLE 4

INSTITUTIONS AND BODIES INVOLVED IN THE IMPLEMENTATION OF THE AGREEMENT

The main Institutions and Bodies involved in the implementation of the Agreement are:

1. For the GOE side:

The MoFED, representing the GOE as counterpart of the GOI for this Agreement;

The Ministry of Health as the Executing Agency of the Programme at federal level for the Programme;

The Regional Health Bureaus (hereinafter referred to as RHBs) of Oromia and Tigray which act as delegated Executing Agencies for the Programme at regional level;

The National Bank of Ethiopia (hereinafter referred as NBE) acting as administrator of the “Special Account” denominated “Ministry of Health Italian support to HSS” in Euro currency into which the GOI shall transfer agreed funds;

The Regional Commercial Banks (hereinafter referred as RCB), acting as administrators of the Regional Special Accounts in Ethiopian Birr opened by the concerned Regional Health Bureaus upon MOH's request.

2. For the GOI side:

The MAECI/DGCS, representing the GOI for the Agreement and acting as Financing Agency of the Programme;

The MAECI/DGCS is represented in Ethiopia by the Italian Embassy – Italian Cooperation Office (hereinafter referred to as "UTL") which is locally responsible for the bilateral cooperation activities between Italy and Ethiopia.

The Parties having properly informed all the above-mentioned Institutions and Bodies will provide them with a copy of the present Agreement. The Parties will ensure that such Institutions and Bodies will fulfil, for what concerns to each of them, the obligations of the Agreement.

ARTICLE 5

GOVERNANCE OF THE PROGRAMME

The Programme shall operate within the regular framework of the HSDP. The MoH will act as Executing Agency for the Programme. The essential elements of the governance of the Programme, are as follows:

1. The **TAMU**. In order to facilitate an effective implementation of the Programme, a Technical Assistance, and Monitoring Unit (hereinafter referred to as TAMU) shall be established in support of the MOH's and RHBs' operations. Among other activities, the TAMU will support the MOH and the RHBs in research and studies' activities. The TAMU will be staffed with Italian experts designated by MAECI/DGCS, in agreement with the MoH, local experts and support personnel, constituting the TAMU's Team. The TAMU shall be located outside the MoH facilities and the relevant equipment and running costs, office rent and personnel salaries, shall be financed by GOI via Channel 3 option of HSDP.
2. The **PIC**. The MoH shall designate the Person in Charge (hereinafter referred to as the PIC) of the management of the funds of the Grant provided under the present agreement. The PIC will be the direct counterpart of the TAMU's Italian Expert (hereinafter referred to as the "IE") and will be supported by TAMU's Team. Concerning the day-by-day management of activities financed under the grant, the PIC will act in regular consultation and agreement with the IE.

3. The **MOH**. The MoH will act as Executing Agency for the Programme.
4. The **RHBs**. The RHBs of Oromia and Tigray will act as Sub-executing Agencies and will carry out the activities to be implemented at local level with the support of the TAMU.
5. The **Steering Committee**. The Steering Committee (hereinafter referred to as “SC”) will be the guarantor of the governance of the Programme and the relevant decision making body. It will be constituted by 6 members representing MoFED, MOH, UTL, RHBs of Oromia and Tigray, and TAMU. All the decisions of the SC must be unanimously taken. SC meets whenever necessary, under request of one of its members or at any time decisions are required.

The Programme Implementation Schedule shall be detailed within the relevant PoAs.

ARTICLE 6

CREDITING MODALITIES

The GOI under this Agreement commits itself to provide financial resources as indicated in the Article 3.

1. **Bank Account**. The financial resources provided by the GOI for the Programme, under the present Agreement, will be transferred to the Special Account in the NBE denominated “Ministry of Health Italian support to HSS”.
2. **Instalment**. Upon entering into force of the present Agreement, MAECI/DGCS will transfer the funds, in one single instalment, according to the following scheme:

	COMPONENT 1	EURO
a)	Procurement of drugs and health equipment by central Ministry of Health for the Oromia and Tigray RHBs	875.000
b)	Financing Tigray Regional Health Bureau for Health System Strengthening (HRD, Drugs management, HMIS development)	875.000
c)	Financing Oromia Regional Health Bureau for Health System Strengthening (HRD, Drugs management, HMIS development)	1.750.000
	Total Component 1	3.500.000

3. Crediting procedures

Crediting NBE of the Grant under Channel 2.

Upon entering into force of this Agreement, the following pre-conditions have to be fulfilled prior to the start up of the crediting procedure by MAECI/DGCS of the Grant:

- a) MoH and RHBs shall have opened respectively the SAs and the RCB accounts and informed the UTL regarding the details of the Banks accounts;
- b) MoH shall have nominated the PIC;
- c) The MOH shall submit an instalment request to the MAE-DGCS through the Italian Embassy for the start up of the crediting procedures.

ARTICLE 7

ACTIVITIES AND FINANCIAL REPORTS

For what concerns activities and financial reports under the Channel 2 funds:

1. The Plan of Action – Within 30 days from the receipt of the Grant under Channel 2, MOH and RHBs, with the support of the TAMU, will prepare the Plan of Action (hereinafter referred to as “POA”). The POA shall be submitted to the PIC for endorsement and subsequently approved by the IE.
2. Every six months, Semi Annual technical and financial Reports (hereinafter referred to as “SAR”, shall be prepared by the RHBs and MOH. The reports will be endorsed by the PIC, and subsequently transmitted to the IE for approval and transmission to MAECI/DGCS through the UTL. The IE and the UTL can add to the SARs their own comments.
3. The SARs shall include two sections reporting the description of the activities carried out (first section) and the relevant financial, administrative, procurement information (second section).
4. Day-by-day monitoring activities of the Programme will be responsibility of the RHBs and the PIC, assisted by TAMU.
5. The PIC is responsible for maintaining an updated accounting system that contains records and controls to ensure the accuracy and reliability of Programme financial information and reporting. The accounting system shall also ensure that supporting documents (statements of expenditure, bidding documents, contract documents etc.) are properly identified and that approved/amended budgetary lines are not exceeded. The

original documents must be kept in the respective MOH and RHBs offices and will be made available to the TAMU upon request. The accounting system and/or record keeping must track the advances received by the Programme and the expenditure records. Financial reports, statement of the executed expenses and contracts shall be presented to SC whenever required.

ARTICLE 8

AUDITING AND EVALUATION ACTIVITIES

Parties will have the right to perform, at their own expenses, all the evaluation, control and activities that shall be deemed necessary. Joint (ongoing, final and ex-post) evaluation activities can be organized by MAECI/DGCS through its UTL office and MOH whenever deemed appropriate. Audit activities shall be performed by the Federal Auditor General.

ARTICLE 9

UTILIZATION OF THE GRANT

Reallocation of funds

1. Budget lines reallocations in respect to the Programme budget in Euro, detailed in Article 6 of the Agreement, are allowed during the preparation of each PoA and within the limits and subject to the conditions established in the following articles. Requests for reallocations will be submitted by the PIC to the TAMU for no-objection advice according to the following conditions:
 - a) Budget lines reallocations, up to a maximum of +/- 25% of the original agreed amount of each budget line within the budget, are allowed and do not require this Agreement to be amended. The TAMU is allowed to approve reallocations which do not require this Agreement to be amended according to the conditions in the present Article 9.
 - b) Budget lines reallocations exceeding the +/- 25% of the original budget line amounts of the PoA and within the total PoA budget shall be submitted, through UTL, to MAECI/DGCS in Rome for prior written approval. Budget reallocations approved by MAECI/DGCS do not require this Agreement to be amended.
 - c) All Budget line reallocation shall be carefully reflected in the Project Reporting documents mentioned in the Article 7 hereto.

Procurement procedures

In line with the Ethiopia IHP Country Compact and the HSDP Health Harmonization Manual, the MoH utilizes GoE channels and procedures for Procurement under HSDP. Those procedures are in line with those of the World Bank.

For the present Grant, it is foreseen only local procurement of goods and services. Health commodities will be furnished by Pharmaceutical Fund and Supply Agency (PFSA). The Programme will purchase health commodities by PFSA at official prices.

For the reporting, the UTL and TAMU holds the right to review procurement documents.

Interests and savings

Any interest generated in the SA and/or savings shall be used for the same purposes and with the same procedures outlined in this Agreement.

ARTICLE 10

OBLIGATIONS FOR ETHIOPIA

1. MoFED shall ensure that the Italian funds are properly and timely accounted within the budget for the due fiscal year.
2. MoH shall communicate to the UTL, upon the entry into force of the present Agreement, bank accounts details according to what described in article 6 of this Agreement.
3. MoFED shall make sure that all the Ethiopian bodies and institutions involved in the Programme implementation will observe the provisions of this Agreement, in particular that financial, activity and audit reports, shall be timely submitted to MAECI/DGCS according to articles 6 and 7 of this Agreement

ARTICLE 11

OBLIGATIONS FOR ITALY

1. GOI shall disburse the total amount agreed according to the procedures described in article 6 of this Agreement.

2. GOI shall accomplish all the required activities for the supervision, monitoring and evaluation of the Programme. It shall dedicate particular attention to the efficiency for funds utilization and to the effectiveness of Programme implementation.
3. GOI shall report to MoFED about the funds disbursed for the Programme within the usual quarterly reporting of the Italian Development Cooperation initiatives in Ethiopia.

ARTICLE 12

SETTLEMENT OF DISPUTES

Any dispute between the Parties arising out of the implementation of this Agreement shall be settled amicably by consultations or negotiations between the Parties through diplomatic channels.

ARTICLE 13

IMPEDIMENTS AND FORCE MAJEURE

In case of impediments to implement this Agreement due to case of force majeure such as war, flood, fire, typhoon, earthquake, labour conflicts and strikes, civil unrest acts of any government, unexpected transportation difficulties and other cases which will be recognised by both Parties upon agreement as force majeure according to practice or in case of peril or unsafe conditions for the expatriate personnel, the following provisions shall apply:

1. In case that the duration of the impediment to the implementation of the Programme is less than six months, the use of the funds shall be suspended until MAECI/DGCS authorises resumption of activities.
2. In case the duration of the impediment to the implementation of the Programme is greater than six months, the Project shall be suspended and the residual funds shall be maintained until the impediment finishes and MAECI/DGCS authorises resumption of the Programme activities.

ARTICLE 14

PREVENTION OF CORRUPTION ABUSE AND ILLEGAL USE OF FUNDS

MoFED, MOH and RHBs shall ensure that the funds provided by GOI under this Agreement will be used strictly in accordance with the provisions of this Agreement. MoFED and MOH commit themselves to take all reasonable measures to ensure an efficient administration of the aforementioned funds and prevent any corruption, abuse and illegal use thereof. In case of ascertained abuse or illegal use of the funds, the Parties will take swift legal action to stop, investigate and prosecute, in accordance with applicable law, any person suspected of misuse of resources. The Parties will promptly inform each other of any instance of corruption and of the measures taken.

ARTICLE 15

RESOLUTION OF THE AGREEMENT

1. MAECI/DGCS reserves the right to resolve this Agreement in the following cases, due to severe fault by MoFED or MOH i.e.:
 - a) Unmotivated and prolonged delays in the use of the funds such to threaten the achievement of Programme objectives.
 - b) The use of the funds for reasons different than those included in this Agreement or its amendments.
 - c) Severe mismanagement of the funds.
 - d) In the event of failure to implement, or to report on, the program in a manner consistent with the terms of this Agreement.
 - e) In case of impediment or force majeure as per article 13 of this Agreement.
2. In case of the above mentioned severe fault, MAECI/DGCS shall notify the event in writing to MoFED and MOH, inviting them to take the measures necessary to solve the fault within maximum sixty days from the date of the notification. Passed this time limit, MAECI/DGCS reserves itself the right to terminate immediately this Agreement. In this case the provisions contained in article 12 of this Agreement shall apply.
3. In the cases mentioned above, MAECI/DGCS may decide unilaterally the termination of this Agreement notifying, through Verbal Note, MoFED with at least three months in advance. In all cases, after such notification, MoFED shall stop all activities of the Programme, unless otherwise agreed between the two Parties.

ARTICLE 16

AMENDMENT TO THE AGREEMENT

1. This document constitute the entire Agreement between the Parties and may be altered or varied only by prior written agreement of the Parties and in full respect of its articles. No Party shall be bound by any express or implied term, representation, warranty, promise or the like not recorded herein or otherwise created by operation of law.
2. The Parties may amend this Agreement at any time by means of exchange of Verbal Notes between the Parties. The amendment shall come into force on the date of the second Verbal Note through which the Parties inform each other upon the completion of the relevant internal procedures.

ARTICLE 17

ENTRY INTO FORCE, DURATION AND TERMINATION

1. This Agreement shall come into force upon signature of the Parties and shall remain in force until the complete use of the Grant.
2. The Agreement may be terminated by either Parties giving 3 (three) months written notice in advance, through the diplomatic channels, of its intention to terminate the Agreement.

In witness whereof the undersigned, being duly authorized by their respective Governments, have signed and sealed this Agreement in the English language in duplicate, both texts being equally authentic.

Done at on this Day of2014

FOR THE GOVERNMENT OF THE
REPUBLIC OF ITALY

FOR THE GOVERNMENT OF THE
FEDERAL DEMOCRATIC REPUBLIC
OF ETHIOPIA

የኢትዮጵያ ፌዴራላዊ ዲሞክራሲያዊ ሪፐብሊክ
 የጤና ምክርቤት ሚኒስቴር



Federal Democratic Republic of Ethiopia
 Ministry of Health

ቀን 19 SEP 2014
 Date
 ቁጥር 4/1/A4/28
 Ref No

**Embassy of Italy/Italian Cooperation Office
 Addis Ababa**

Subject: - Request for the release of the project fund for Oromia and Tigray RHBs

Dear Sir,

I am referring to the bilateral agreement (Ethio-Italian Cooperation Framework 2013-2015) that was signed on May 30th 2013 between the governments of the Federal Democratic Republic of Ethiopia and the Republic of Italy to support and strengthen the Health Information System in selected Regional Health Bureaus of the country. In addition to the above signed agreement, Ministry of Health has officially proposed to the Embassy of Italy/Italian Cooperation Office on how to use the 3.5 million Euros. Please refer to our letter dated May 27, 2014 ref. number 4/16/A4/78 regarding the above.

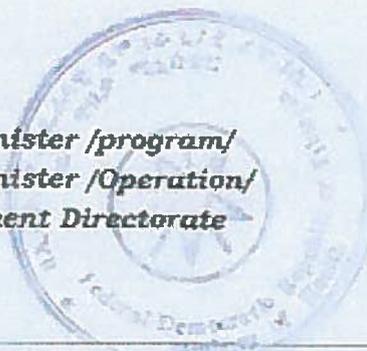
As stipulated in the bilateral agreement the program intends to provide technical and financial support to the federal and regional levels for the implementation of the reformed health management information system (HMIS) and the development of Community Health Information System (CHIS) including Monitoring and Evaluation.

This is therefore to kindly request your esteemed office to communicate with the concerned office in Rome for facilitating the release of the 3.5 million Euros that we already proposed to be used for strengthening the HMIS in Oromia and Tigray RHBs. In addition to the financial support, the Ministry distinctly appreciates the Italian Cooperation Office for the continuous Technical Assistance (TA) that we have received so far and we also look forward for the continuation of the above indicated TA.

Fauze
 Accousi
 W

CC

- Office of The State Minister /program/
- Office of The State Minister /Operation/
- Finance and Procurement Directorate
FMOH



Sincerely



Amir Aman Hagos (Dr.)
 State Minister of Health

NO. DI FMOH	<u>1234-9/2014</u>
DATE	<u>19 SEP 2014</u>
Web site: www.moh.gov.et	<u>HIS</u>

☎ 251-(0)11-5517011
 251-(0)11-5515425
 251-(0)11-5159869
 251-(0)11-5518031

Fax 251-(0)11-5519366
 251-(0)11-5159657
 251-(0)11-5524549

E-mail: moh@ethionet.et
 Web site: www.moh.gov.et

እዛኛውን መልስ ሲሰጡ የእኛን ደብዳቤ ቁጥር ይጠቅሙ
 In reply Please Refer to our Ref. No.