



Ministero degli Affari Esteri

DIREZIONE GENERALE PER LA COOPERAZIONE
ALLO SVILUPPO
Unità Tecnica Centrale

4050/UTC/A.T.3/

Roma,

NOTA TECNICA

Oggetto: ETIOPIA – Contributo italiano all'MDG Fund 2013-2015 – Aid 10081-
Elementi di risposta alle osservazioni mosse dal NVT

Riferimento: Parere del NVT del 24.06.2013

Con il Parere in riferimento il Nucleo Tecnico di Valutazione in data 24 giugno u.s. ha fatto pervenire alcune osservazioni sulla Proposta di finanziamento di cui all'oggetto trasmessa per inoltro al Comitato Direzionale.

Qui di seguito vengono riportati gli elementi di risposta e i complementi di informazione sulla base delle singole osservazioni mosse dal NVT.

1 – La componente in gestione diretta relativa all'assistenza tecnica appare sovradimensionata e comunque non inclusa nella bozza di accordo intergovernativo tra il Governo italiano e quello etiopico

In merito a tale aspetto si è provveduto a rivedere la programmazione dell'assistenza tecnica tenendo in considerazione il Fondo Esperti a suo tempo stanziato e ancora disponibile sul Programma "Contributo italiano al Programma di Sviluppo del Settore Sanitario" (HSDP - Health Sector Development Programme) - AID n. 9459. La disponibilità ammonta a circa 900.000,00 Euro che basterà a coprire il fabbisogno sulle tre annualità della nuova iniziativa.

Nella Proposta di finanziamento così riformulata il Fondo esperti non compare nel Piano finanziario ma viene solo menzionato per memoria. L'utilizzo degli esperti viene ottimizzato in funzione del fabbisogno e nel rispetto della *ownership* governativa riducendo la presenza a soli due esperti con brevi missioni.

Quanto all'inserimento della componente di assistenza tecnica nell'Accordo intergovernativo non si reputa necessario precisare la tipologia, quantità e fondi destinati all'assistenza tecnica. Questo non significa ovviamente che non debba essere prevista e concordata con le autorità locali. Vista la pregressa esperienza in merito a questa componente per la quale i tagli a cui è stata continuamente sottoposta l'assistenza tecnica rendendo la cooperazione italiana inaffidabile e inadempiente, è preferibile non entrare nel dettaglio. L'assistenza tecnica dovrà quindi essere erogata nelle forme e nei modi che il Governo italiano stabilisce autonomamente lasciandoci quindi liberi di variarla a seconda dello stato di attuazione del progetto (e delle risorse disponibili). Questo concetto è stato recepito ufficialmente dal Governo etiopico che ha accettato che il programma paese non stabilisse la quantità di assistenza tecnica che l'Italia renderà disponibile nel corso della sua attuazione.

2 - Non appare pienamente giustificato l'utilizzo di un amministrativo-contabile presso la TAMU, anche in considerazione delle caratteristiche del contributo che viene allocato al Governo e che verrà gestito dallo stesso (così come specificato nell'art. 3 della bozza dell'accordo inter governativo);

Come noto, nella maggior parte dei programmi, anche se finanziati via ex art. 15, la presenza di un amministrativo contabile si rende estremamente utile per verificare la correttezza dell'utilizzo dei fondi dal punto di vista gestionale. Nel caso del programma in oggetto un consulente amministrativo potrà contribuire sensibilmente alla razionale gestione dei fondi in loco della cooperazione italiana in Etiopia. Nella riformulazione della proposta di finanziamento si è tenuto conto della osservazione del NVT e si è proceduto ad un ridimensionamento del fondo destinato a tale figura professionale.

Nella nuova versione il consulente non sarà impiegato tramite il fondo esperti ma con un contratto locale grazie al fondo in loco disponibile ed è stato previsto un impegno di 24 mensilità, di cui 2 per TFR, anziché 26.

3 - manca la richiesta del Governo etiopico relativa agli esperti in sistemi di informazione sanitaria e di settore; andrebbe altresì specificato se questi esperti lavoreranno all'interno della TAMU o, essendo attività a supporto del Governo etiopico, all'interno del Ministero della Salute;

Una richiesta da parte del Governo etiope apparirebbe pleonastica oltretutto implicita in quanto i due esperti (l'uno capo progetto, l'altro esperto in sistemi di informazione sanitaria) sono attualmente già in servizio e il loro lavoro è ampiamente apprezzato dalle autorità locali. Quanto al loro inserimento nelle strutture del progetto, il capo progetto presta servizio presso la TAMU mentre l'esperto in sistemi di informazione sanitaria opera presso il Ministero della Sanità.

4 - alla luce della notevole quantità di assistenza tecnica a supporto del contributo, andrebbero specificati i termini di riferimento, le funzioni da svolgere e le modalità di utilizzo relativi alla voce 2.8 (consulenti, contratti locali e spese generali).

In merito alla componente di assistenza tecnica vengono riportati, in allegato alla proposta, i termini di riferimento, funzioni e modalità di utilizzo relativi agli esperti e ai consulenti che opereranno sul progetto.

In definitiva la nuova iniziativa si suddivide in due componenti:

1) Contributo all'MDG fund.

2) Fondo in loco

L'esecuzione delle attività per quanto riguarda i fondi destinati al MDG fund è stata affidata al Ministero della Sanità etiopico (FMoH).

Alla luce di tutto quanto sopra, il nuovo importo complessivo di 7.470.000,00 Euro è pertanto così suddiviso:

COMPONENTI		I annualità	II annualità	III annualità	Totale	Canali	Note
1	Contributo all'MDG Fund	3.000.000	2.500.000	1.500.000	7.000.000	1b	Canale bilaterale ex Art. 15 Reg. esec. L. 49/87
2	Fondo in loco	0	235.000	235.000	470.000	3	Gestione diretta DGCS
	Fondo Esperti	0,00	0,00	0,00	0,00	3	Coperto da residuo Fondo Esperti iniziativa in corso AID 9459
TOTALE		3.000.000	2.735.000	1.735.000	7.470.000		

L'Esperto UTC
Dr. Gennaro Gentile

Visto:

Il Funzionario preposto all'UTC
Min. Plen, Pier Francesco Zazo

PROPOSTA DI FINANZIAMENTO

Paese: ETIOPIA

Titolo dell'iniziativa:

CONTRIBUTO ITALIANO ALL'MDG FUND – 2013-2015

Paese beneficiario	ETIOPIA
Titolo dell'iniziativa	Contributo italiano all'MDG Fund – 2013-2015
Settore	Sanitario
Capitolo di spesa	2182
AID n.	10081
Canale di finanziamento	Bilaterale
Organismo finanziatore	MAE/DGCS
Tema	Rafforzamento sistemi sanitari, Assistenza tecnica, <i>Capacity building</i>
Costo totale	Euro 7.470.000,00 di cui:
– Partecipazione Fondo comune MDG Fund (Dono, ex Art 15, slegato)	Euro 7.000.000,00
– Fondo di funzionamento (FGL, slegato)	Euro 470.000,00
Modalità di finanziamento	Dono
Organismi esecutori	Ministero della Sanità etiopico (MoH)
Durata	36 mesi
Grado di slegamento	Parzialmente slegato 94% slegato – 6% legato
Obiettivo del millennio	O4 – T1, O5 – T1 e T2, O6 – T1, T2 e T3
Settore OCSE/DAC	12110 – Politiche per la sanità e gestione amministrativa
Indicatori temi OECD/DAC	12110 – Politiche per la sanità e gestione amministrativa
OCSE/DAC trade development markers”	Non applicabile
OCSE/DAC “Rio Markers”	Non applicabile
Title in English	<i>Italian Contribution to the MDG fund (provisional)</i>

<p><i>Summary in English</i></p>	<p><i>The initiative aims at continuing the Italian contribution to the health sector development program (HSDP). Italy has already supported the Health sector development plans in the previous five-year and contributed to the strengthening of the health systems as well as the improvement of the health status of the population. This initiative consist of two components:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1) Contribution to MDG fund</i> <i>2) Monitoring and Technical assistance</i>
<p>Sommario</p>	<p>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.</p> <p>La presente iniziativa si articola in due componenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Contributo all'MDG <i>fund</i> 2) Monitoraggio ed assistenza tecnica.

Responsabile tecnico dell'iniziativa: Dott. Gennaro Gentile

INDICE

1. PRESENTAZIONE DELL'INTERVENTO	6
1.1. Sintesi del Documento e Responsabili	6
1.2. Documentazione Utilizzata	8
1.3. Matrice del Quadro Logico	9
1.4. Schema Finanziario	12
2. CONTESTO DELL'INTERVENTO	12
2.1 Origini, Identificazione e Formulazione	12
2.2 Contesto Nazionale.....	13
2.3 Contesto Regionale.....	13
2.4 Quadro Settoriale e Interventi	13
2.5 Politiche del settore sanitario in Etiopia e il ruolo dell'Italia.....	14
Strategia del settore sanitario per gli anni 2010 – 2015	15
2.6 Problemi da Risolvere	16
2.7 Gruppo Destinataro, Istituzioni, Organismi e altri attori coinvolti nella realizzazione	16
<i>Gruppo Destinataro</i>	16
<i>Istituzioni e altri Organismi coinvolti</i>	17
3. STRATEGIA D'INTERVENTO	18
3.1 Selezione della Strategia d'Intervento.....	18
3.2 Obiettivo Generale	19
3.3 Obiettivo Specifico ed Indicatori	19
3.4 Risultati Attesi ed Indicatori.....	20
3.5 Attività.....	20
4. FATTORI ESTERNI	21
Condizioni e Rischi	21
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	23
5.4 Risorse e stima dei costi	24
6. FATTORI DI SOSTENIBILITA'	33
6.1 Misure politiche di sostegno.....	33
6.2 Quadro istituzionale e capacità gestionali	33
6.3 Aspetti ambientali.....	33
6.4 Problematiche legate alla questione di genere e alla pari opportunità	34
6.5 Sostenibilità economica e finanziaria.....	34
7. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	34
8. CONCLUSIONI	35
9. ALLEGATO 1 ToR Esperti:	36
Termini di riferimento del Capo programma (Italian Expert – IE).....	36
Termini di riferimento dell'Esperto amministrativo	37
Termini di riferimento dell'Esperto in sistemi informativi sanitari	36
10. ALLEGATO 2 Markers di efficacia.....	41

ACRONIMI

ARM	<i>Annual Review Meeting</i>
AT italiana	<i>Assistenza Tecnica italiana</i>
CHIS	<i>Community Health Information System</i>
DAG	<i>Donor Assistance Group</i>
DFID	<i>Department for International Development</i>
DGCS	<i>Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo</i>
DHS	<i>Demographic and Health Survey</i>
EFY	<i>Ethiopian Fiscal Year</i>
FE	<i>Fondo Esperti</i>
FGL	<i>Fondo Gestione in Loco</i>
FMoH	<i>Federal Ministry of Health</i>
GoE	<i>Government of Ethiopia</i>
GTP	<i>Growth and Transformation Plan</i>
HEW	<i>Health Extension Workers</i>
HIS	<i>Health Information System</i>
HMIS	<i>Health Management Information System</i>
HPN	<i>Health Population and Nutrition</i>
HRD	<i>Human Resource Development</i>
HSDP	<i>Health Sector Development Programme</i>
IDC/UTL	<i>Istituto di Cultura / Unità Tecnica Locale</i>
IE	<i>Italian Expert</i>
IHP	<i>International Health Partnership</i>
IHP	<i>International Health Partnership</i>
ITN	<i>Insecticide-Treated Net</i>
JCCC	<i>Joint Core Coordinating Committee</i>
JCF	<i>Joint Consultative Forum</i>
JCM	<i>Joint Committee Management</i>
JFA	<i>Joint Financing Arrangement</i>
JRM	<i>Joint Review Mission</i>
MDG	<i>Millennium Development Goal</i>
MDG Fund	<i>Millennium Development Goals Performance Package Fund</i>
MoFED	<i>Ministry of Finance and Economic Development</i>
MoH	<i>Ministry of Health</i>
NAC	<i>National Advisory Committee</i>
NBE	<i>National Bank of Ethiopia</i>
OSM	<i>Obiettivi di Sviluppo del Millennio</i>
PBS II	<i>Protection of Basic Services – second phase</i>
PoA	<i>Plan of Action</i>
PPF/GD	<i>Policy Planning and Financing /General Directorate (FMoH)</i>
RHBs	<i>Regional Health Bureaus</i>
SWAP	<i>Sector-wide approach</i>
TAMU	<i>Technical Assistance and Monitoring Unit</i>
ToR	<i>Terms of Reference</i>
TWG	<i>Technical Working Group</i>
UNDP	<i>United Nations Development Programme</i>
UNFPA	<i>United Nations Population Fund</i>
UNICEF	<i>The United Nations Children's Fund</i>
UTL	<i>Unità Tecnica Locale</i>
WB	<i>World Bank</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

1. PRESENTAZIONE DELL'INTERVENTO

Premessa

L'MDG Fund¹ è un fondo multi donatori gestito dal Ministero della Sanità federale (*Federal Ministry of Health – FMOH*) per il quale vengono usate le procedure proprie del Governo etiopico (GoE). Conformemente ai principi dell'*Ethiopia IHP² Compact*, fornisce risorse flessibili e coerenti col concetto di “One Plan, One Budget and One Report” in modo da assicurare finanziamenti addizionali al Programma di sviluppo del settore sanitario (*Health Sector Development Programme – HSDP³*). L'MDG Fund è una delle modalità preferite dal GoE per il miglioramento dell'efficacia dell'assistenza dei Partner allo sviluppo in supporto alla realizzazione dell'HSDP. L'MDG Fund fornisce risorse a livello federale per l'acquisto di beni e per lo sviluppo delle capacità in ambito sanitario ed è finalizzato al rafforzamento dei sistemi sanitari in vista del raggiungimento degli MDG riguardanti la salute.

L'MDG Fund è stato istituito nel 2007 ed il suo uso è regolato dal documento congiunto Governo-Donatori “*MDG Fund Joint Financing Arrangement (JFA)*” sottoscritto dal GoE, dall'Italia e da DFID, Spagna, UNFPA, UNICEF, WHO, Irlanda, Olanda ed Australia. Al gennaio 2013, il valore cumulativo dei contributi all'MDG Fund equivaleva a circa 309 milioni di Dollari quasi completamente impegnati.

Nel 2011, nell'ambito del programma della Cooperazione Italiana “Contributo italiano al Programma di sviluppo del settore sanitario (HSDP) e contributo all'MDG Fund” (N. Aid 9459) l'Italia si è aggiunta agli altri partecipanti al fondo con un contributo di Euro 2.900.000 per il periodo 2010 – 2012.

Il programma di cui alla presente proposta di finanziamento è finalizzato a rinnovare il contributo italiano all'MDG Fund per il periodo 2013 – 2015 con un contributo di Euro 7.000.000.

1.1. Sintesi del Documento e Responsabili

Il Governo italiano ed il Governo etiopico hanno sottoscritto, il 30 maggio 2013, un Accordo quadro di Cooperazione per il periodo 2013 - 2015⁴ che indica sei settori di intervento (agricoltura e sviluppo rurale, acqua, educazione, sanità, settore privato e genere), e comprende un contributo di 33,9 milioni di Euro a dono e 65 milioni di Euro come credito d'aiuto e privilegia strumenti finanziari che rispondono all'esigenza di armonizzazione e allineamento richiesti espressamente dal Governo etiopico.

Seguendo le indicazioni della DGCS, l'Ufficio di Cooperazione dell'Ambasciata Italiana ad Addis Abeba ed il Ministero della Sanità etiopico, nonché il MoFED hanno concordato la formulazione dell'iniziativa sanitaria, elaborata sulla base delle *best practices* dei precedenti programmi di Cooperazione nel settore sanitario.

Nel rispetto dei principi di armonizzazione, allineamento degli aiuti e promozione dell'*ownership* degli interventi, l'Italia parteciperà ad un fondo multidonatori denominato MDG Fund che sarà

¹ MDG Fund: nome per esteso Millennium Development Goals Performance Package Fund.

² International Health Partnership - IHP: accordo internazionale per l'efficacia degli aiuti e l'accelerazione delle azioni per il raggiungimento degli MDG in ambito sanitario. L'IHP è stato sottoscritto a Londra (Global Compact) nel 2007 ed ad Addis Abeba (Ethiopia Country Compact) nel 2008, da Etiopia, Italia ed altri governi ed Organizzazioni internazionali.

³ Piani quinquennali di sviluppo del settore sanitario. Il corrente è l'HSDP IV che copre il periodo da luglio 2010 a giugno 2015.

⁴ *Ethio-Italian Cooperation Framework 2013-2015*

affiancato dalla fornitura di assistenza tecnica per il rafforzamento dei sistemi sanitari con un accento sullo sviluppo dei sistemi d'informazione sanitaria.

L'iniziativa di cui alla presente proposta, costituisce la logica continuazione dell'iniziativa sanitaria attualmente in corso (Contributo italiano al Programma di sviluppo del settore sanitario (HSDP) e contributo all'MDG Fund – 2010-2012 – N. AID 9459), salvaguarda e mette in valore l'investimento italiano fin qui effettuato e rientra a tutti gli effetti nell'attuale piano di sviluppo per la sanità definito dal Governo etiopico con i donatori. L'integrazione operativa tra le due iniziative e l'uso coordinato dei Fondi esperti e Fondi in loco, pur contabilmente separati e separatamente rendicontati, consentiranno sensibili economie in termini di gestione ed uso delle risorse materiali ed umane quali l'uso comune di sede, veicoli, personale locale ed esperti, garantendo positiva sinergia ed efficienza.

L'obiettivo del presente programma è quello di incrementare la copertura e migliorare la qualità dei servizi per la promozione della salute e per la prevenzione e cura delle malattie.

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

L'esecuzione delle attività relative all'MDG Fund sarà affidata al Ministero della Sanità etiopico (FMoH). Questa modalità di finanziamento costituisce a tutti gli effetti un *sector budget support*. Questo contributo rappresenta un impegno innovativo per la Cooperazione italiana che in tal modo intende, assieme ad altri donatori che partecipano al MDG Fund, muoversi verso un maggiore allineamento dell'aiuto.

Il contributo italiano all'MDG Fund verrà realizzato con le modalità ex art. 15 del Regolamento d'esecuzione della legge 49/87, con un finanziamento al Governo etiopico di **7.000.000 di EURO**, i cui meccanismi di gestione e di amministrazione sono indicati nella bozza di accordo intergovernativo⁵ allegata alla presente proposta ed al suo allegato "*Joint Financing Arrangement*" (JFA), già sottoscritto dall'Italia e da altri otto donatori partecipanti a detto fondo, che regola le modalità di gestione e partecipazione nonché di monitoraggio congiunto del Fondo.

In particolare, l'Esperto italiano (Capo programma) dovrà partecipare, assieme al FMoH ed altri donatori, ai fora dell'MDG Fund previsti nel JFA attraverso la partecipazione agli organi di governo congiunto quali il *Joint Core Coordination Committee (JCCC)*, il *Joint Consultative Forum (JCF)*, l'*Health Population and Nutrition (HPN)*, il *forum del Donor Assistance Group (DAG)* e l'*ARM*.

Oltre al contributo all'MDG Fund, il progetto prevede un fondo a gestione diretta DGCS, di **470.000 Euro** come Fondo di gestione in loco per funzionamento, monitoraggio e assistenza tecnica. Tali fondi consentiranno in particolare la continuazione dell'operatività dell'assistenza tecnica, delle attività di studio, di ricerca operativa, di pubblicazione e disseminazione delle esperienze a livello centrale, delle regioni, dei distretti nonché presso partner, organizzazioni internazionali ed ONG operanti nel settore sanitario. Esso è in particolare destinato a consentire il monitoraggio delle attività dell'MDG Fund e la partecipazione italiana al dialogo istituzionale, in corso nel Paese, su armonizzazione ed allineamento.

⁵ Tale accordo, del quale è allegata 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.

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*;
- Markers Efficacia - Delibera n. 165 del 16/12/2009;
- Markers Efficacia, Tabella, dicembre 2009;
- 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;
- Salute Globale: Principi guida della Cooperazione Italiana. Giugno 2009 – Delibera n. 86 del 14/07/2009.
- *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);
- *Health Harmonization Manual*;
- *Joint Financing Arrangement, version II revised December 2011*;
- *Ethio-Italian Framework of Cooperation – 2013-2015*.

1.3. MATRICE DEL QUADRO LOGICO

	Logica d'intervento	Indicatori	Fonti di verifica	Condizioni
Obiettivo Generale	Migliorare lo stato di salute della popolazione etiopica, come previsto dal piano strategico sanitario nazionale (HSDP) e in linea con gli MDG riguardanti la salute.	<p>Tasso di mortalità infantile (Valore di base: 59 per 1000 nati vivi)</p> <p>Tasso di mortalità materna (Valore di base: 676 per 100000 nati vivi)</p> <p>Aspettativa di vita media alla nascita (Valore di base: 59 anni)</p>	DHS	
Obiettivo Specifico	Incrementare la copertura e migliorare la qualità dei servizi per la promozione della salute e per la prevenzione e cura delle malattie attraverso il rafforzamento della capacità del Ministero della Sanità di supportare attività dell'HSDP prioritarie, in vista del raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDG 4, 5 e 6) sanitari.	<p>MDG 4 copertura vaccinale per il morbillo (Valore di base: 80%)</p> <p>MDG 5: percentuale di parti assistiti da personale sanitario qualificato (Valore di base: 20%)</p> <p>MDG 6: copertura antiretrovirale (Valore di base: 59%)</p> <p>Tasso d'identificazione della TB ("detection rate") e di successo della terapia ("treatment success rate") (Valori di base: 72% e 91%, rispettivamente)</p> <p>Percentuale dei bambini sotto i 5 anni che utilizzano zanzariere impregnate (Valore di base: 38%)</p> <p>Frequenza annua dei servizi ambulatoriali per capita (Valore di base: 0,3 persona/anno)</p>	HMIS	<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
Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il MoH ha sufficienti risorse finanziarie per realizzare l'HSDP 2. Abilità di generare ed usare l'informazione a tutti i livelli migliorata per disponibilità tempestiva e qualità dei Rapporti 			

	Logica d'intervento	Indicatori	Fonti di verifica	Condizioni
	<p>annuali di performance, Bollettini scientifici trimestrali e rapporti sanitari di routine;</p> <p>3. Rapporto personale sanitario su popolazione per categoria e proporzione delle strutture sanitarie con personale secondo le norme incrementati</p> <p>4. Accesso, qualità ed uso dei servizi materni – infantili per la prevenzione e cura aumentati.</p>			
Attività	<p>Per il risultato atteso 1</p> <p>1. Fornire assistenza finanziaria al MoH per l'MDG Fund</p> <p>2. Partecipare ai meccanismi di monitoraggio, assieme agli altri Partner per lo Sviluppo firmatari ed al MoH</p>	<p>1. Erogazione dei fondi avvenuta secondo i piani</p> <p>2. Esperti italiani membri degli organi di governo congiunto dell'MDG Fund</p>	<p>1. Rapporti dell'MDG Fund</p> <p>2. Verbali di riunione di JCCC, JCM e HPN</p>	
	<p>Per il risultato atteso 2</p> <p>1. Fornire assistenza tecnica al MoH su generazione e uso dell'informazione</p> <p>2. Partecipare attivamente al NAC⁶ e alle attività ad esso connesse;</p> <p>3. Fornire assistenza tecnica agli Uffici Sanitari Regionali per l'estensione nazionale dell'H MIS (HMIS roll out) e lo sviluppo del CHIS</p> <p>4. Supportare, attraverso l'assistenza tecnica, la formazione e la supervisione per l'estensione nazionale dell'H MIS</p>	<p>3. % di rapporti tempestivi e completi (valore di base indeterminato: l'H MIS scale-up è ancora in corso)</p> <p>4. Pubblicazione regolare dell'Annual Performance Report e del Bollettino scientifico trimestrale del Ministero della Sanità</p>	<p>1. HMIS</p> <p>2. Rapporto ARM, Verbali di riunione del NAC</p>	
	<p>Per il risultato atteso 3</p> <p>1. Costruire capacità attraverso la formazione e la supervisione</p> <p>2. Contribuire alla realizzazione di strategie di retention del personale</p> <p>3. Contribuire alla formazione e supportare la distribuzione nelle strutture del personale sanitario.</p>	<p>5. Ratio Personale sanitario su Popolazione per categoria (valori di base: 1 medico / 36158 abitanti; 1 infermiere / 3870 abitanti; 1 HEW / 2544 abitanti)</p>	<p>1. HMIS</p> <p>2. Rapporto di sintesi HSDP</p>	

⁶ National Advisory Committee

	Logica d'intervento	Indicatori	Fonti di verifica	Condizioni
	<p>Per il risultato atteso 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fornire assistenza tecnica per lo sviluppo di processi di autovalutazione e d'uso locale dell'informazione 2. Fornire assistenza tecnica per la supervisione di sostegno 3. Promuovere e supportare le istituzioni pubbliche nelle ricerche operative 4. Sviluppare, stampare e diffondere linee-guida e manuali 5. Supportare la revisione delle "catchment areas" e le riunioni di valutazione dei Centri di salute 	<ol style="list-style-type: none"> 6. % di parti assistiti da personale qualificato (valore di base: 10%) 7. Copertura vaccinale per Morbillo (valore di base 77%) 8. % di abitazioni che posseggono almeno una zanzariera impregnata di insetticida – ITN (valore di base 66%) 9. % di successo dei trattamenti della tubercolosi (valore di base 84%) 10. Numero di persone viventi con l'HIV/AIDS in trattamento con antiretrovirali (valore di base 152.472) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. HMIS 2. HMIS, 3. HMIS 4, 5. HAPCO 	
		<p>Risorse umane</p> <ul style="list-style-type: none"> - 24 mesi/uomo per l'Esperto Italiano di sanità pubblica Capo programma - 18 mesi/uomo per Esperto sistemi d'informazione sanitaria - 36 mesi/uomo Amministrativo-contabile (contratto locale CoCoPro) - Personale etiopico e consulenti locali 	<p>Costi</p> <p>Totale: € 7.470.000 di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - € 7.000.000 al MoH per l'MDG Fund. - € 470.000 – Funzionamento (FGL) 	<p>Precondizioni</p> <ul style="list-style-type: none"> - Firma dell'accordo tra MAE/DGCS & MoFED - Assegnazione da parte del MAE/DGCS dell'esperto italiano Capo programma, dell'esperto in Sistemi d'informazione sanitaria e, da parte dell'Ambasciata in Etiopia, dell'Amministrativo-contabile - Erogazione dei fondi secondo le tre annualità previste

1.4. Schema Finanziario

La durata prevista del programma è di 36 mesi. Il trasferimento dei fondi ex Art.15 al Governo etiopico avverrà in tre tranches, e sarà regolato da apposito accordo intergovernativo la cui bozza è allegata alla presente proposta di finanziamento. In particolare, la seguente tabella riassume lo schema finanziario riportato per esteso nel successivo paragrafo 5.4.

COMPONENTI		I annualità	II annualità	III annualità	Totale	Canali	Note
1	Contributo all'MDG Fund	3.000.000	2.500.000	1.500.000	7.000.000	1b	Canale bilaterale ex Art. 15 Reg. esec. L. 49/87
2	Fondo in loco	0	235.000	235.000	470.000	3	Gestione diretta DGCS
TOTALE		3.000.000	2.735.000	1.735.000	7.470.000		

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), sostiene altresì il Piano nazionale di sviluppo quinquennale "Growth and Transformation Plan" (GTP 2011-2015), adottato nel 2010 dal Parlamento etiopico. Inoltre, i principi della Dichiarazione di Parigi per l'efficacia dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (2005), confermati dall'*Accra Agenda for Action* (2008) informano l'azione della Cooperazione Italiana, rispondendo in tal modo alla richiesta del Governo etiopico di aumentare la prevedibilità degli aiuti, con strumenti allineati alle procedure amministrative e gestionali nazionali ed armonizzati tra governo e donatori.

Nel 2010, con Delibera del Comitato Direzionale n. 65, sono stati allocati 8.200.000 Euro per la realizzazione del programma "Contributo italiano al Programma di sviluppo del settore sanitario (HSDP) e contributo al MDG Fund" (N. Aid 9459). Di detti fondi, già erogati per circa l'89%, 2.900.000 Euro erano dedicati all'MDG Fund. Tale programma è tutt'ora in corso.

Nel 2013, nell'ambito del nuovo *Ethio-Italian Framework of Cooperation 2013-2015*, il 16% (Euro 15,8 milioni) delle risorse sono dedicate al settore sanitario. In continuità con l'iniziativa in corso, il contributo all'MDG Fund di cui alla presente proposta è concepito anch'esso in supporto al Piano strategico nazionale sanitario (HSDP IV), è stato concordato con l'FMoH in base alle priorità da quest'ultimo espresse e verrà ufficializzato con la firma di un Accordo bilaterale.

La formulazione della presente proposta, per il periodo 2013-2015, è stata effettuata nel maggio 2013 e fa seguito alle precedenti iniziative realizzate dalla Cooperazione italiana (HSDP III, PBS II e HSDP 2010-2012).

Le iniziative che si sono succedute nel corso degli ultimi 10 anni nel settore sanitario in Etiopia configurano un andamento sempre più in linea con i summenzionati principi di armonizzazione ed allineamento degli aiuti.

2.2 Contesto Nazionale

L'Etiopia è un paese vasto, popolato da oltre 86 milioni di abitanti, di cui circa l'84% vive in aree rurali. Nonostante l'economia sia in forte crescita (con un incremento del Prodotto Interno Lordo del 9-14% annuo nell'ultimo decennio), l'Etiopia è uno dei paesi più poveri al mondo, collocandosi al 173° posto su 187 nell'indice di sviluppo umano (UNDP 2011). Circa il 39% della popolazione vive al di sotto della soglia di povertà. L'aspettativa di vita è di 59 anni. L'economia etiopica, fortemente dipendente dagli aiuti internazionali, è strettamente legata al settore agricolo, 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 820 distretti (woreda) ed oltre 100 municipalità. I budget regionali sono finanziati soprattutto da trasferimenti federali, mentre le risorse proprie sono abbastanza limitate. I budget delle woreda 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 woreda 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 all'MDG Fund, si svolgerà anche a livello di regioni e distretti con un contributo di assistenza tecnica in continuità con l'iniziativa sanitaria in corso. Le regioni su cui si è concentrata l'assistenza tecnica italiana con le iniziative precedenti sono l'Oromia e il Tigray.

L'Oromia è la più vasta regione del Paese con una popolazione stimata in oltre 32 milioni (circa 1/3 del totale in Etiopia). Amministrativamente è divisa in 18 Zone con 298 Distretti (woreda) 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, la percentuale di parti assistiti da personale qualificato (*Deliveries Assisted by Skilled Health Personnel*) è molto bassa (24% nel 2011/12).

La popolazione del Tigray è stimata in circa 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, i parti assistiti da personale qualificato non superano il 26%.

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 umano 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 76% di probabilità di essere completamente vaccinato e ben il 10% di probabilità di soffrire di malnutrizione acuta. 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 da HIV che, pur avendo una prevalenza ancora relativamente bassa rispetto a molti altri Paesi africani (1,5% secondo le più recenti stime ufficiali del Ministero della Sanità etiopico), in una popolazione di oltre 86 milioni di abitanti comporta un rilevante numero assoluto di casi. Gli orfani da AIDS sono circa 900.000 e oltre 275.000 pazienti sono in terapia antiretrovirale (59% di coloro che ne necessitano).

La spesa sanitaria annuale è molto bassa (16 USD per persona all'anno, di cui solo il 21% da fonte governativa), corrispondente a meno della metà della spesa sanitaria minima (34 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 le 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 ribadito nel Programma Paese 2013 – 2015, il settore sanitario in Etiopia rimane 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.

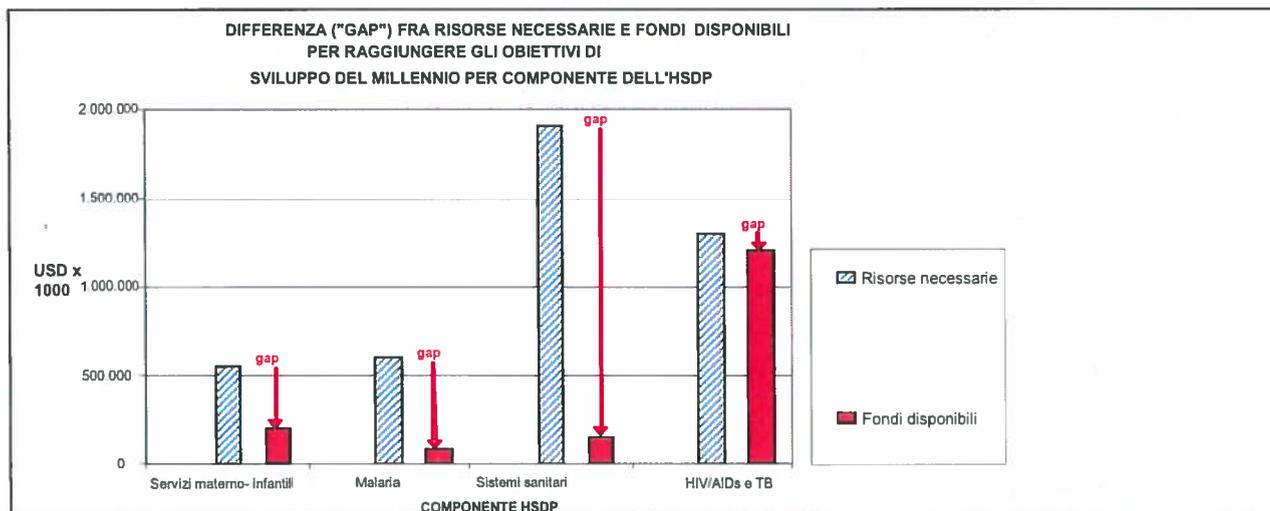
Nel 1997 il Governo etiopico ha lanciato il Programma di sviluppo del settore sanitario (HSDP), un piano ventennale suddiviso in periodi quinquennali.

L'HSDP, è allineato con il GTP del quale rappresenta l'articolazione settoriale per la sanità, ed include programmi strategici allineati con gli MDGs, il più importante dei quali è l'“*Health Extension Programme*”, finalizzato a migliorare la copertura, l'accessibilità e la qualità dei servizi sanitari di base.

L'iniziativa “Contributo italiano al Programma di sviluppo del settore sanitario (HSDP)”, è stata avviata 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'AT 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 congiunto, nonché alla realizzazione, su richiesta della controparte, di studi e ricerche operative, disseminazione dei risultati, documentazione delle esperienze.

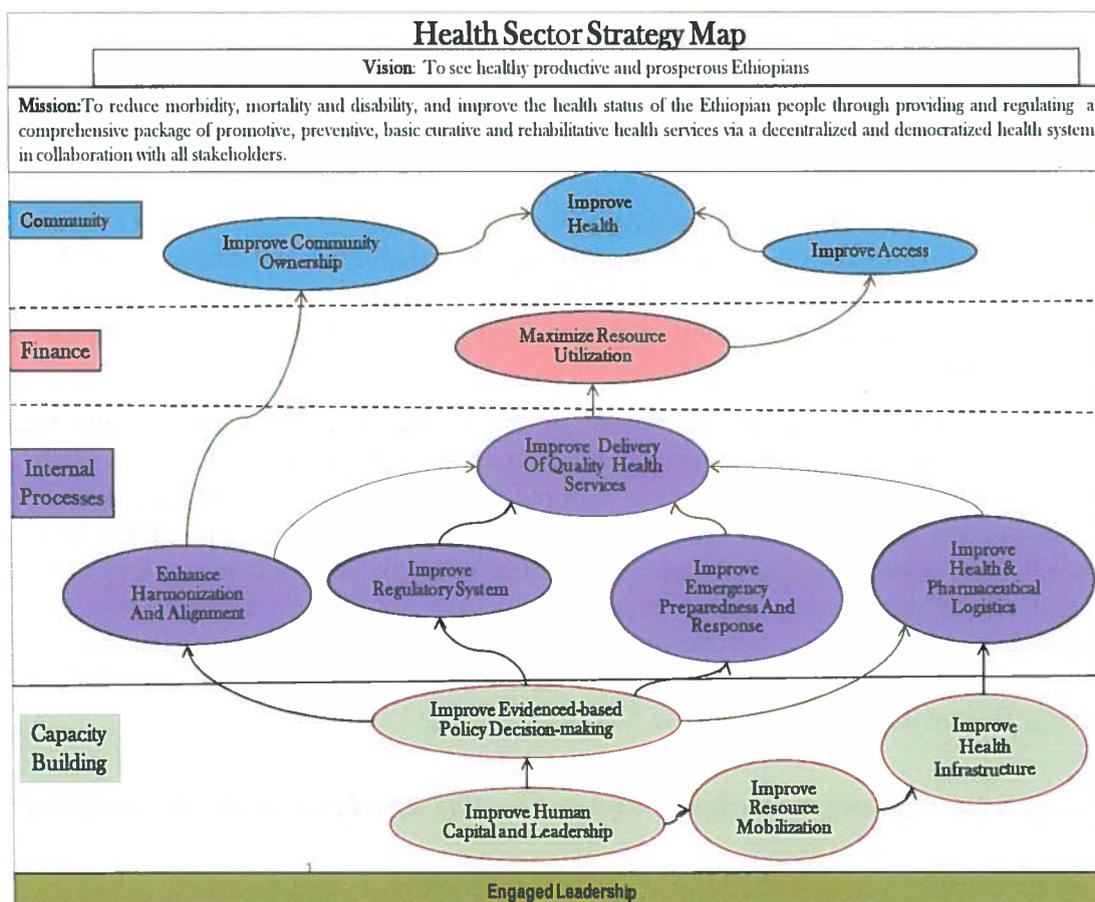
In un contesto ricco di elementi favorevoli allo sviluppo e di difficili sfide, un'analisi dei bisogni e dei *gap* consente di identificare le opportunità per un intervento efficace. A fronte dell'evidente necessità di assicurare maggiori risorse finanziarie, i contributi dei donatori si sono concentrati 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 sanitario, 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 MDGs per le diverse componenti dell'HSDP III.

Strategia del settore sanitario per gli anni 2010 – 2015



Nel quadro della strategia presentata dal Governo etiopico, l'assistenza tecnica italiana ha avuto risultati importanti e riconosciuti dallo stesso Governo etiopico, in particolare nel raggiungimento

dell'obiettivo *“Improve Evidenced-based policy decision making”* nell'ambito del *“Capacity Building”*, attraverso lo sviluppo del Sistema di informazione sanitario, la produzione di articoli di politica sanitaria e la produzione di un bollettino sanitario di diffusione nazionale.

Il programma di cui alla presente proposta risponde alle summenzionate necessità di maggiore disponibilità di risorse finanziarie (contributo all'MDG Fund) e di rafforzamento dei sistemi sanitari (assistenza tecnica).

2.6 Problemi da Risolvere

Per far fronte alle problematiche sanitarie esistenti nel Paese nel settore sanitario, il Programma di cui alla presente proposta risulta, attraverso il contributo all'MDG Fund abbinato all'assistenza tecnica, allineato nella massima misura possibile alla metodologia del Piano strategico nazionale 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 MDGs 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 dei sistemi sanitari.

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.

Per quanto riguarda il contributo al MDG *Fund* (vedi paragrafo 1.4) - I bisogni identificati sono quelli correlati all'erogazione dei servizi sanitari di base per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio in ambito sanitario.

Inoltre, in termini di modalità armonizzate ed efficaci di aiuto allo sviluppo, l'MDG Fund esprime il bisogno del paese beneficiario di stabilire e rafforzare un canale di finanziamento per il sostegno al settore sanitario. Il contributo dei partner all'MDG *Fund* e il lavoro di assistenza tecnica correlato ai meccanismi di governo congiunto dell'HSDP costituiscono la risposta ad un bisogno espresso fortemente dal Paese beneficiario.

Il rafforzamento dei sistemi sanitari nel Paese, inoltre, ha registrato dei passi rilevanti negli ultimi anni, tuttavia limitati da capacità tecniche e finanziarie inadeguate. Programmi quali *l'Health Extension Programme*, necessitano, per la completa operatività, di numerosi elementi a livelli differenti dei sistemi sanitari. Nello stato attuale dello 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 dagli uffici regionali di sanità, in cui, attraverso interventi di assistenza tecnica per il rafforzamento dei sistemi sanitari (ed in particolare del Sistema informativo sanitario), sarà possibile migliorare sensibilmente il sistema dei servizi di base (*Service Delivery System*).

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

Gruppo Destinatario

Trattandosi di un contributo ad un programma settoriale il beneficiario indiretto è identificabile in tutta la popolazione del Paese (circa 86 milioni di abitanti) con particolare riferimento alle popolazioni delle aree rurali che maggiormente utilizzano i servizi sanitari di base (centri e posti di

salute). Inoltre sono considerati beneficiari coloro che saranno direttamente coinvolti dalle attività di *capacity building* del programma. Considerato inoltre il fatto che le attività di *capacity building* e rafforzamento dei sistemi sanitari hanno un focus principale nelle due regioni di Oromia e Tigray, si può concludere come segue:

Beneficiari indiretti:

- ⇒ La popolazione etiopica (circa 86 milioni)
- ⇒ Le popolazioni delle aree rurali (circa 72 milioni)
- ⇒ Il personale sanitario del Ministero della Sanità federale e regionale (circa 2.400 medici, 22.200 infermieri ed ostetriche e 33.800 *Health Extension Workers*)

Beneficiari diretti:

- ⇒ La popolazione delle aree rurali di Oromia e Tigray (circa 30 milioni)
- ⇒ Il personale sanitario del Ministero della Sanità di Oromia e Tigray (circa 520 medici, 12.800 infermieri ed ostetriche e 15.700 *Health Extension Workers*).

Istituzioni e altri Organismi Coinvolti

L'Accordo bilaterale prevede il coinvolgimento delle seguenti istituzioni.

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 (FMoH)** che agirà come ente esecutore per l'MDG Fund (Canale 1b)
- La **National Bank of Ethiopia (NBE)**, che agirà come amministratore del conto speciale denominato "*Ministry of Health MDG Pool Fund*" in Dollari USA.

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

- La **Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri (MAE/DGCS)**, che rappresenta il Governo Italiano per l'attuazione dell'accordo riguardante questa iniziativa. Il MAE/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 a gestione diretta (Fondo esperti e Fondo in loco), il MAE/DGCS agirà sia come ente finanziatore sia come ente esecutore
- **L'Unità Tecnica Locale** della Cooperazione Italiana allo Sviluppo presso l'Ambasciata d'Italia in Etiopia (UTL), che rappresenta il MAE/DGCS in Etiopia per la supervisione degli interventi di Cooperazione bilaterale.
- La **Technical Assistance and Monitoring Unit (TAMU)** che lavorerà in collaborazione con il Ministero della Sanità, i Partner e l'UTL. Del team della TAMU faranno parte: 1) un Esperto Italiano (Capo programma); 2) un esperto in sistemi informativi sanitari; 3) un esperto amministrativo-contabile (con contratto locale CoCoPro); e, 4) personale e consulenti etiopici e/o specialisti che verranno assegnati secondo la richiesta del FMoH.

3. STRATEGIA D'INTERVENTO

3.1 Selezione della Strategia d'Intervento

L'iniziativa, tra le componenti identificate nell'ambito dell'*Ethio-Italian Framework of Cooperation 2013 – 2015* col contributo all'MDG Fund, si configura come supporto diretto ai programmi di sviluppo settoriale del Paese, attraverso modalità di finanziamento che attribuiscono responsabilità esecutiva alle Istituzioni locali. Infatti 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 del 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*), già esistente nell'ambito dell'iniziativa in corso⁷, che svolgerà funzioni di assistenza tecnica al Ministero della Sanità e agli Uffici Regionali del MoH, di preparazione dei Piani Operativi Annuali, di monitoraggio congiuntamente al FMOH e ad altri donatori, di attività relative al MDG Fund attraverso la partecipazione italiana ai suoi organi di governo congiunto quali il *Joint Core Coordination Committee (JCCC)*, il *Joint Consultative Forum (JCF)* e l'*Health Population and Nutrition (HPN) forum* del *Development Assistance Group (DAG)*.

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 sanitario complessivo, viene sostenuto da risorse esterne.

Classificazione dei canali di finanziamento secondo la legislazione etiopica

I contributi della presente iniziativa sono coerenti con le modalità previste dal Governo etiopico classificate in tre canali di finanziamento, come di seguito descritto:

Canale 1: contributo diretto al bilancio del governo. Erogazione e rendicontazione sono responsabilità del Ministero delle Finanze e dei *Bureaus* Finanziari Regionali. Esistono due modalità:

1a) supporto al budget nazionale, indifferenziato e

1b) supporto al budget con l'identificazione di uno o più specifici settori.

Il finanziamento dell'MDG Fund sarà erogato secondo le modalità del Canale 1b.

Canale 2: il finanziamento è indirizzato verso i Ministeri di settore (la Sanità in questo caso), a ciascun livello amministrativo, i quali sono responsabili per la gestione e rendicontazione dei fondi allocati. Viene utilizzato dalla maggioranza dei donatori bilaterali e multilaterali e possono seguire sia le procedure finanziarie amministrative del GOE che quelle richieste dai donatori.

Nessun finanziamento secondo il Canale 2 è previsto nella presente proposta.

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

E' questo il caso della componente Fondo esperti e Fondo in loco.

⁷ Contributo italiano al Programma di sviluppo del settore sanitario (HSDP) e contributo all'MDG Fund – 2010-2012, N. Aid 9459

I donatori bilaterali e multilaterali (firmatari del JFA) che per il prossimo triennio hanno già aderito secondo le modalità definite come “Canale 1b” al MDG Fund sono: DFID, Spagna, UNFPA, UNICEF, WHO, Irlanda, Olanda ed Australia (vedi allegato A della bozza dell’accordo intergovernativo).

In particolare:

- **la Componente 1** (MDG Fund), realizza l’intenzione di contribuire al MDG Fund quale canale preferenziale del Governo etiopico e strumento potenziale per il *sector wide approach* in Etiopia. Questo contributo implica un impegno della Cooperazione Italiana ad operare assieme al FMOH ed ad altri donatori, per il rafforzamento del funzionamento e dell’efficacia dello strumento “*pooled fund*” a livello federale, gestito dal FMOH, seguendo le procedure del Governo etiopico.
- **la Componente 2** (FE e FGL), prevede una consistente componente di assistenza tecnica al fine di offrire la massima assistenza alla realizzazione delle attività di rafforzamento dei sistemi sanitari concordate con l’MoH.

3.2 Obiettivo Generale

Migliorare lo stato di salute della popolazione Etiopica, come previsto dal piano strategico sanitario nazionale (HSDP) e in linea con gli MDG riguardanti la salute.

Indicatori

- Tasso di mortalità infantile (Valore di base: 59 per 1000 nati vivi)
- Tasso di mortalità materna (Valore di base: 676 per 100000 nati vivi)
- Aspettativa di vita media alla nascita (Valore di base: 59 anni)

3.3 Obiettivo Specifico ed Indicatori

Obiettivo specifico

Incrementare la copertura e migliorare la qualità dei servizi per la promozione della salute e per la prevenzione e cura delle malattie attraverso il rafforzamento della capacità del Ministero della Sanità di supportare attività dell’HSDP prioritarie, in vista del raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDG 4,5 e 6) sanitari.

Indicatori

- MDG 4 copertura vaccinale per il morbillo (Valore di base: 80%)
- MDG 5: percentuale di parti assistiti da personale sanitario qualificato (Valore di base: 20%)
- MDG 6: copertura antiretrovirale (Valore di base: 59%)
- Tasso d’identificazione della TB (“detection rate”) e di successo della terapia (“treatment success rate”) (Valori di base: 72% e 91%, rispettivamente)
- Percentuale dei bambini sotto i 5 anni che utilizzano zanzariere impregnate (Valore di base: 38%)
- Frequentazione annua dei servizi ambulatoriali per capita (Valore di base: 0,3 persona/anno);

3.4 Risultati Attesi ed Indicatori

Risultati Attesi

1. Il MoH ha sufficienti risorse finanziarie per realizzare l'HSDP;
2. Abilità di generare ed usare l'informazione a tutti i livelli migliorata per disponibilità tempestiva e di qualità di Rapporti annuali di performance, Bollettini scientifici trimestrali e rapporti sanitari di routine;
3. Rapporto personale sanitario su popolazione per categoria e proporzione delle strutture sanitarie con personale secondo le norme incrementati;
4. Accesso, qualità ed uso dei servizi materno – infantili, per la prevenzione e cura aumentati.

Indicatori

Per il risultato atteso 1

- Erogazione dei fondi avvenuta secondo i piani;
- Esperti italiani membri degli organi di governo congiunto dell'MDG Fund.

Per il risultato atteso 2

- 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 il risultato atteso 3

- Ratio Personale sanitario su Popolazione per categoria (valori di base: 1 medico / 36158 abitanti; 1 infermiere / 3870 abitanti; 1 HEW / 2544 abitanti).

Per il risultato atteso 4

- Percentuale di parti assistiti da personale qualificato (valore di base: 10%);
- Copertura vaccinale per Morbillo (Valore di base: 77%);
- 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: 84%);
- Numero di persone viventi con l'HIV/AIDS in trattamento con Anti-retrovirali (valore di base: 152.472).

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 attraverso la partecipazione all'MDG Fund;
2. Partecipare ai meccanismi di monitoraggio congiunto dell'MDG Fund, assieme ad altri Partner per lo Sviluppo ed il MoH.

Per il risultato atteso 2

1. Fornire assistenza tecnica al MoH su generazione e uso dell'informazione;

2. Partecipare attivamente al NAC⁸ e alle attività ad esso connesse;
3. Fornire assistenza tecnica agli Uffici Sanitari Regionali per l'estensione nazionale dell'HMIS (HMIS roll out) e lo sviluppo del Community Health Information System (CHIS);
4. Supportare, attraverso l'assistenza tecnica, la formazione e la supervisione per l'estensione nazionale dell'HMIS.

Per il risultato atteso 3

1. Costruire capacità attraverso la formazione e la supervisione;
2. Contribuire alla realizzazione di strategie nazionali di "retention" del personale locale.
3. Contribuire alla formazione e supportare la distribuzione nelle strutture del personale sanitario.

Per il risultato atteso 4

1. Fornire assistenza tecnica per lo sviluppo di processi di autovalutazione ed uso locale dell'informazione;
2. Fornire assistenza tecnica per la supervisione di sostegno;
3. Promuovere e supportare le istituzioni pubbliche nelle ricerche operative;
4. Sviluppare, stampare e diffondere linee-guida e manuali;
5. Supportare la revisione delle "catchment areas" e le riunioni di valutazione dei Centri di salute.

NB – A seguito dell'approvazione dell'iniziativa saranno elaborati il Piano Operativo generale e i Piani Operativi Annuali che dettaglieranno le attività in termini temporali e di contenuti.

4. FATTORI ESTERNI

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.

Tuttavia, la presente iniziativa si inserisce tra i programmi prioritari per il governo del Paese beneficiario e tra le azioni rilevanti nell'agenda politica internazionale: questo costituisce un forte elemento di mitigazione del sopra menzionato rischio.

Un ulteriore fattore di rischio può essere identificato in eventi naturali (epidemie, siccità, alluvioni e conseguenti carestie), per i quali esiste comunque un sistema di sorveglianza e risposta (anche con la partecipazione dell'Italia) che dovrebbe limitare l'impatto sul settore sanitario.

5. REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO

5.1 Modalità di realizzazione

L'iniziativa sarà regolata da un Accordo⁹ intergovernativo concordato con il MoFED ed il FMoH etiopici (di cui si allega una bozza).

⁸ NAC: National Advisory Committee

⁹ 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 contribution to the MDG Fund - 2013 - 2015"

L'Accordo stabilisce i principali obblighi delle due parti (italiana ed etiopica) per la realizzazione dell'iniziativa ed inoltre, definisce il sistema di accreditamento delle risorse, nonché i meccanismi di esborso, *procurement*, monitoraggio, valutazione, controllo e le procedure di *reporting*.

Il documento congiunto denominato *Joint Financing Arrangement (JFA)*¹⁰ sottoscritto dall'Italia e da altri otto partner internazionali col Governo etiopico, regola in tutti i suoi aspetti l'uso dell'MDG Fund ed è in allegato A e parte integrante dell'Accordo. Il JFA definisce con ulteriore dettaglio rispetto all'Accordo stesso, i meccanismi di esecuzione ed i centri di responsabilità, le procedure di *procurement*, quelle di *reporting* ed *auditing* nonché i meccanismi di governo congiunto del fondo.

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 **MoFED** è il firmatario dell'Accordo bilaterale per il Programma con il Governo Italiano ed assicurerà che quanto previsto nella bozza di Accordo in allegato sia rispettato da tutti gli organismi etiopici coinvolti.

- Il **Ministero della Sanità** è l'ente esecutore del programma "MDG Fund" (Canale 1b). Il FMoH dovrà:

- Comunicare, non appena l'accordo intergovernativo entrerà in vigore, i dettagli del conto corrente MDG Fund per consentire alla DGCS di effettuare i trasferimenti;
- Essere responsabile della gestione del Fondo in conformità con le prescrizioni del *Joint Financial Arrangement (JFA)*;

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

- Conto speciale denominato "*Ministry of Health MDG Fund*" in Dollari USA, aperto dal FMoH con l'assistenza del MoFED. Detto conto in valuta estera è lo stesso nel quale tutti i donatori partecipanti all'MDG Fund (firmatari del JFA) stanno già versando i rispettivi fondi secondo le modalità stabilite nel *JFA*.

Per quanto riguarda la parte italiana le istituzioni di riferimento sono il MAE/DGCS e IDC/UTL, come specificato nel paragrafo 2.7 di questo documento. Per quanto concerne le responsabilità e i compiti:

- La **Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri (MAE/DGCS)** rappresenta il Governo italiano per il programma. Per la Componente 1 dell'iniziativa, il MAE/DGCS è l'ente finanziatore ed il FMoH l'ente esecutore. Per la Componente 2 (Assistenza Tecnica e monitoraggio) il MAE/DGCS agisce sia come ente finanziatore che come ente esecutore.

Il MAE/DGCS assegnerà alla TAMU, in accordo con il FMoH e con le procedure interne del MAE/DGCS, l'Esperto italiano capo programma e altri esperti durante l'esecuzione delle attività del programma.

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

- L'**Unità Tecnica Locale (UTL)** rappresenta il MAE/DGCS in Etiopia per la realizzazione del Programma. E' responsabile per le attività di cooperazione bilaterale tra Italia e Etiopia e

¹⁰ *Joint Financing Arrangement* – Allegato A dell'accordo intergovernativo

supervisionerà gli esperti della TAMU di concerto con l'esperto responsabile tecnico dell'iniziativa dell'UTC.

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

- a. Partecipare alle attività di monitoraggio dell'MDG Fund assieme all'FMoH ed i firmatari del "Joint Financing Arrangement - JFA¹¹" come specificato nel Capitolo 6 del JFA. Questa mansione include anche la partecipazione attiva ai meccanismi di coordinamento tra i donatori, nonché tra i donatori ed il Governo etiopico. Le attività di coordinamento hanno lo scopo di perseguire l'obiettivo dell'allineamento e dell'armonizzazione.
- b. 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 FMoH.
- c. Promuovere ed effettuare, congiuntamente e secondo le richieste della FMoH, ricerche, studi, pubblicazioni, stampa e disseminazione di articoli, rapporti, seminari e ogni altra attività scientifica nel settore sanitario che si riterrà necessaria.
- d. Effettuare attività di gestione del Fondo in loco secondo le procedure del Governo italiano, per conto del MAE/DGCS.

L'assistenza tecnica italiana include:

- un Esperto Italiano (Capo programma) che dirigerà la TAMU. Detta figura risponderà in particolare delle attività di cui ai precedenti punti "a." e "d". Per quanto riguarda il lavoro quotidiano sulle attività del programma, l'Esperto Italiano agirà in consultazione e accordo con il FMoH.
- un Esperto in sistemi d'informazione sanitaria e Specialisti di settore per i compiti "b" e "c" sopra menzionati, assegnati su richiesta del FMoH e selezionati dal MAE/DGCS;
- un consulente amministrativo-contabile con contratto locale assisterà l'esperto italiano per le mansioni di cui alla lettera "d" sopramenzionata;

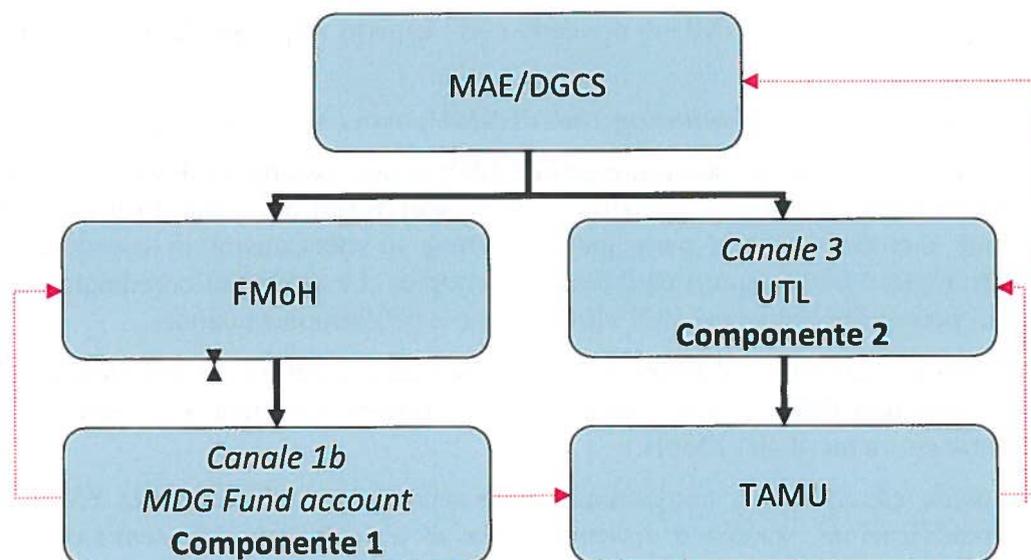
I Termini di Riferimento (TOR) degli esperti italiani e dei consulenti locali della TAMU sono riportati a margine di questa Proposta.

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

5.2 Metodologia di Intervento

Il Progetto intende contribuire all'MDG Fund, quindi la metodologia di esecuzione è concorde con quella di tale fondo, regolamentata dal JFA. Il flusso dei fondi e dei rapporti seguirà le procedure definite nell'accordo intergovernativo (vedi grafico seguente).

¹¹ Allegato A dell'Accordo intergovernativo



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 e sono parte integrante della presente proposta.

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

Nella tabella seguente sono rappresentate le voci, gli importi e la suddivisione per tranche e canali del contributo italiano all'HSDP.

Budget di previsione del Contributo italiano all'MDG Fund in Euro

COMPONENTI		I annualità	II annualità	III annualità	Totale	Canali	Note
1	Contributo all'MDG Fund	3.000.000	2.500.000	1.500.000	7.000.000	1b	Canale bilaterale ex Art. 15 Reg. esec. L. 49/87
2	Fondo in loco	0	235.000	235.000	470.000	3	Gestione diretta DGCS
TOTALE		3.000.000	2.735.000	1.735.000	7.470.000		

Procedure di accredito (ex Art. 6 dell'Accordo)

Accredito delle annualità del contributo all'MDG Fund presso la *National Bank of Ethiopia* (canale 1b)

Dall'entrata in vigore dell'Accordo ed in conformità con l'articolo 8.6 (Flow of funds) del JFA, le seguenti precondizioni devono essere rispettate perché si possa procedere all'accredito delle annualità del contributo all'MDG Fund:

Il Ministero della Sanità avrà trasmesso ai donatori che contribuiscono all'MDG Fund:

- a. I rapporti di audit dell'MDG Fund dell'anno fiscale etiopico (luglio-giugno) precedente, preparati in conformità dell'art. 12 del JFA;
- b. Il rapporto finanziario e d'attività dell'MDG Fund del terzo trimestre dell'anno fiscale etiopico precedente;
- c. Il Piano Annuale e la previsione di spesa dell'MDG Fund concordati con i donatori per l'anno in corso.

Accredito dei fondi per la Componente 2 (Fondo in loco)

Le modalità di erogazione per la Componente 2 (Fondo in loco) a gestione diretta, seguiranno la consueta procedura DGCS.

Componente 1 - Contributo all'MDG Fund (Finanziamento ex Art. 15, Canale 1b)

COMPONENTI		I annualità	II annualità	III annualità	Totale	Canale	Note
1	Contributo all'MDG Fund	3.000.000	2.500.000	1.500.000	7.000.000	1b	Canale bilaterale ex Art. 15 Reg. esec. L. 49/87

La realizzazione delle attività per quanto riguarda i fondi dedicati all'MDG Fund (*Sector budget support*) è affidata al Ministero della Sanità secondo le sue procedure e seguirà le modalità indicate nel documento "*Joint Financing Arrangement (JFA)*" sottoscritto dal Governo etiopico ed i Partner allo sviluppo che contribuiscono al fondo. Il JFA è in allegato A all'Accordo bilaterale e ne costituisce parte integrante. Come previsto nell'HSDP, per la sua natura di "fondo comune", la gestione dell'MDG Fund è assicurata attraverso la partecipazione agli organi di governo congiunti Governo-Donatori quali il JCCC, il JCF e l'ARM¹². Le attribuzioni di questi organi sono definiti nel documento "*Joint financing Arrangement*". I principali campi di utilizzazione dell'*MDG Fund* sono il procurement di "*health commodities*" ed il rafforzamento dei sistemi sanitari tra cui il Sistema informativo sanitario. Il finanziamento di spese correnti (p. es. stipendi) è esplicitamente escluso. Tali attività prioritarie e le relative spese saranno pianificate congiuntamente su base annuale tra Ministero della Sanità e Donatori durante l'Annual Review Meeting. Rapporti finanziari e d'attività trimestrali e rapporti di audit annuali sono sottoposti ai donatori dal FMoH. L'importo del contributo italiano all'MDG Fund (Componente 1) che ammonta ad Euro 7 milioni, sarà erogato in

¹² I principali organi di governo congiunto dell'MDG Fund sono a) il Joint Core Coordination Committee (JCCC), organo di decisione tecnica, si riunisce bisettimanalmente b) il Joint Consultative Forum (JCF), 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), parte del Donor Assistance Group (DAG), che si riunisce mensilmente.

tre annualità rispettivamente di Euro 3 milioni per l'anno 2013, 2,5 milioni per l'anno 2014 e 1,5 milioni per l'anno 2015 come presentato nella tabella riassuntiva ad inizio paragrafo.

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

COMPONENTI	I annualità	II annualità	III annualità	Totale	Canale	Note	
2	Fondo in loco	0	235.000	235.000	470.000	3	Gestione diretta DGCS

Assistenza Tecnica

Il programma di cui alla presente proposta prevede una componente di assistenza tecnica italiana al fine di offrire il massimo supporto al rafforzamento dei sistemi sanitari in vista del raggiungimento degli MDG sanitari.

In continuità con l'iniziativa sanitaria in corso¹³ 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'MDG Fund attraverso i relativi organi di governo (JCCC, JCF, ARM ecc.) e realizzeranno pertinenti studi, ricerche operative, pubblicazioni e workshop di disseminazione dei risultati. L'integrazione operativa tra l'iniziativa già in corso e quella di cui alla presente proposta e l'uso coordinato dei Fondi esperti e Fondi in loco, pur contabilmente separati e separatamente rendicontati, consentiranno sensibili economie in termini di gestione ed uso delle risorse materiali ed umane quali l'uso comune di sede, veicoli, personale locale ed esperti, garantendo positiva sinergia, efficienza e quindi importanti economie ed ottimizzazione delle risorse.

Dati gli ottimi risultati fin qui ottenuti dalle varie assistenze tecniche mirate, è opportuno continuare tale supporto in aree e con modalità concordate con le controparti etiopiche. In particolare, si configura un'assistenza tecnica di alto profilo 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*" e, 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 risultati di tale approccio saranno:

- 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 campo;
- Contributo al miglioramento dell'efficienza, efficacia ed equità dei servizi sanitari;

¹³ Contributo italiano al Programma di sviluppo del settore sanitario (HSDP) 2010-2012 e contributo all'MDG Fund - N. AID 9459

- 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.

ASSISTENZA TECNICA

- Capo programma (Italian Expert) presso la *Technical Assistance and Monitoring Unit* (TAMU), 8 mesi (2 brevi missioni di 4 mesi) all'anno per 3 anni;
- Esperto tematico, 6 mesi (2 brevi missioni di 3 mesi) all'anno per 3 anni per sistemi informativi sanitari presso il Ministero della Sanità e le Regioni;
- Amministrativo-contabile assunto con contratto locale presso la TAMU, 11 mesi x 2 anni

E' tuttavia utile considerare che:

- a) al momento il programma in corso dispone di un Fondo esperti (AID 9459.03.0);**
- b) che gli esperti dovranno effettuare le stesse attività per le due iniziative e**
- c) che la disponibilità di detto Fondo è sufficiente a coprire i costi di tre anni di attività di assistenza tecnica.**

Fondo in loco

Il Piano Operativo Generale sarà sottoposto all'approvazione del MAE/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 la continuazione dell'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'MDG Fund e la partecipazione italiana al dialogo istituzionale, in corso nel Paese, su armonizzazione ed allineamento. Al fine di ottimizzare i costi e sviluppare sinergie positive, la TAMU condividerà uffici, attrezzature e veicoli dell'iniziativa italiana già in atto (N. AID 9459.04.1).

Sulla base dell'esperienza delle iniziative sanitarie passate ed in corso, è possibile stimare che i costi di funzionamento e ricerche, incluso il costo di consulenti locali, ammonta a circa Euro 235.000 all'anno. Quindi il costo totale del Fondo in loco ammonterebbe ad Euro 705.000 circa per il triennio 2013-2015, ma dal momento che la prima annualità può essere coperta con il fondo residuo dell'iniziativa precedente, in realtà il fondo da destinare in loco con la presente iniziativa ammonta a soli Euro 470.000 (Euro 235.000 x 2 annualità)

E' tuttavia utile considerare che:

- a) al momento attuale il programma in corso dispone per il suo Fondo in loco di un residuo attivo di circa 250.000 Euro,**
- b) che la TAMU condividerà uffici, attrezzature e veicoli dell'iniziativa italiana già in atto**
- c) che detto residuo attivo è sufficiente a coprire i costi di funzionamento della prima annualità.**

Ne consegue che, attraverso l'integrazione operativa delle due iniziative si potranno realizzare importanti economie nel Fondo in loco senza per questo inficiare la funzionalità del programma.

I due fondi in loco resteranno contabilmente separati e saranno rendicontati separatamente.

Per quanto sopra esposto, si propone di attuare detta **integrazione operativa** tra le due iniziative e limitare il finanziamento del Fondo in loco al secondo e terzo anno per un importo totale di **Euro 470.000**, come dettagliato nella tabella riassuntiva ad inizio paragrafo.

Il budget del Fondo in loco risulta così articolato:

VOCI (IN EURO)	1° ANNUALITA'	2° ANNUALITA'	3° ANNUALITA'	TOTALE
1 ATTREZZATURE (ACQUISTI)	0	5.000	5.000	10.000
2 FONDI DI GESTIONE	0	205.000	205.000	410.000
3 ATTIVITÀ DI PROGRAMMA	0	25.000	25.000	50.000
TOTALE	0	235.000	235.000	470.000

E in maggior dettaglio:

VOCI (IN EURO)	1° ANNUALITA'	2° ANNUALITA'	3° ANNUALITA'	TOTALE
1 ATTREZZATURE (ACQUISTI)	0	5.000	5.000	10.000
1.1 Arredi ed attrezzature da ufficio	0	5.000	5.000	10.000
2 FONDI DI GESTIONE	0	205.000	205.000	410.000
2.1 Canoni affitto locali	0	31.000	31.000	62.000
2.2 Utenze e tasse	0	7.000	7.000	14.000
2.3 Cancelleria e stampati	0	3.000	3.000	6.000
2.4 Trasferimenti e trasporti	0	8.000	8.000	16.000
2.5 Assicurazioni	0	3.000	3.000	6.000
2.6 Manutenzioni	0	8.000	8.000	16.000
2.7 Personale locale	0	35.000	35.000	70.000
2.8 Consulenti, contratti locali e spese generali	0	105.000	105.000	210.000
2.9 Spese Generali (spese bancarie, abbonamenti, materiali di pulizia, ecc.)		5.000	5.000	10.000
3 ATTIVITÀ DI PROGRAMMA	0	25.000	25.000	50.000
3.1 Ricerche operative, studi e seminari	0	5.000	5.000	10.000
3.2 Stampa e disseminazione risultati	0	20.000	20.000	40.000
TOTALE	0	235.000	235.000	470.000

Giustificazione delle attività proposte

VOCI	EURO
-------------	-------------

TOTALE FONDO IN LOCO **470.000**

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 **410.000**

2.1	Canoni affitto locali	62.000
-----	-----------------------	--------

L'uso comune della sede attuale con le iniziative precedenti consentirà di effettuare economie, in una prima fase del Programma. Si stimano comunque necessari fondi adeguati su questa voce di budget, per far fronte agli impegni della seconda e terza annualità anche considerando possibili adeguamenti di prezzo dal 2014, 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 spese postali e telegrafiche della seconda e terza annualità. 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. Si stima un costo medio mensile pari ad Euro 585 per elettricità, telefoni e canone mensile Internet.

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

I costi previsti per cancelleria e stampati della seconda e terza annualità sono calcolati anch'essi sulla base di quelli storici delle precedenti iniziative. Si stima un costo medio mensile pari ad Euro 250 per spese di cancelleria e stampati.

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 24 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 di quelli storici della precedente iniziativa HSDP e dell'iniziativa in corso, 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 della seconda e terza annualità. Il costo previsto per le assicurazioni è calcolato in base alle tariffe delle locali compagnie di assicurazione in vigore.

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 per due anni.

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	70.000
-----	------------------	--------

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, nonché, trattandosi di personale già in servizio presso le precedenti iniziative, sono stimati in base ai costi medi storici delle retribuzioni praticate. Essi sono pertanto da considerarsi giustificati sotto l'aspetto tecnico e ammissibili e congrui dal punto di vista economico.

A titolo orientativo, i costi mensili del personale locale sono così suddivisi:

PERSONALE	EURO/MESE
• Assistente contabile	563
• Segretaria receptionist	354
• Autista 1	396
• Autista 2	396
• Autista 3	396
• Addetta pulizie	146
• Guardiano 1	125
• Guardiano 2	125

Costo mensile Euro 2.900 circa, per un totale di Euro 70.000 per 24 mesi.

2.8	Consulenti, contratti locali e spese generali	220.000
-----	---	---------

Trattasi di costi relativi a consulenze e collaborazioni tecniche da parte di esperti locali o italiani, abbonamenti, libri e documentazione, spese bancarie e varie.

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.) così come già successo durante le precedenti iniziative.

In continuità con quanto finora effettuato, sarà inoltre necessario disporre di consulenti/collaboratori locali in aree di interesse prioritario (sanità pubblica, sistemi informativi sanitari, tecnologia dell'informazione, monitoraggio gestionale, amministrazione e contabilità Fondo in loco 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.

Si prevede che tale appoggio, molto apprezzato dalla controparte etiopica che versa attualmente in una grave situazione di crisi delle proprie risorse umane, verrà mantenuto anche durante la presente iniziativa per assicurare la continuità delle attività di *capacity building* del personale sanitario etiopico.

Inoltre, considerato che gli esperti italiani (capo programma ed esperto in sistemi d'informazione) saranno presenti solo attraverso brevi missioni, risulta essenziale assicurare la presenza dei consulenti locali e dell'amministrativo-contabile in forza alla TAMU al fine di dare continuità all'azione del programma e salvaguardare l'assistenza tecnica e la gestione (vedi Temini di riferimento allegati).

Gli emolumenti medi mensili di consulenti e collaboratori locali oscillano tra i 1.000 e i 1.500 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 mentre il costo lordo comprensivo di tasse, contributi previdenziali e costo del consulente del lavoro dell'amministrativo-contabile italiano, con contratto locale di collaborazione CoCoPro o a tempo definito, oscilla intorno ai 5.000 Euro.

A titolo di esempio di costi unitari si può stimare:

- N. 1 amministrativo-contabile (italiano, con contratto locale di collaborazione CoCoPro o a tempo definito) = Euro 5.000/mese (costo lordo comprensivo di tasse, contributi previdenziali e costo consulente del lavoro) x 24 mesi (di cui due per TFR) = Euro 120.000;
- N. 1 consulente locale monitoraggio e valutazione = Euro 1.500 x 24 mesi = Euro 36.000;
- N. 1 consulente locale sanità pubblica e sistema d'informazione sanitaria Regione Oromia = Euro 1.250 x 24 mesi = Euro 30.000;
- N. 1 consulente locale sanità pubblica e sistema d'informazione sanitaria Regione Tigray = Euro 1.000 x 24 mesi = Euro 24.000.

I Termini di riferimento dei succitati collaboratori e consulenti locali sono presentati al capitolo 9 (Allegato 1) della presente proposta.

I costi complessivi relativi alla sotto voce, pari a 230.000 Euro per due anni, 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, materiali di pulizia, ecc.)	10.000
-----	---	--------

Questa voce riguarda i costi 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 4.000 cadauno = Euro 24.000;

- n. 2 *Annual Review Meeting (ARM) Performance Report* per l'importo di Euro 8.000 cadauno = Euro 16.000.

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 attuate nel corso della precedente iniziativa HSDP e dell'iniziativa in corso, dalla Cooperazione Italiana e 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 SWAP¹⁴ 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 Ministero della Sanità 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 carenti specialmente a causa della mancanza di risorse umane qualificate (il rapporto operatore sanitario: popolazione è uno dei più bassi al mondo - 1 medico / 36158 abitanti; 1 infermiere / 3870 abitanti; 1 HEW / 2544 abitanti), di attrezzature e di fondi ad esso destinati.

I settori sociali (sanità ed educazione in particolare) per sopperire a tali carenze, sono configurati in modo tale da vincolare sia il Governo che il gruppo donatori ad un sistema condiviso di gestione 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 Partner allo sviluppo "partecipanti" ai programmi.

Il Ministero della Sanità si è dato come importante strumento di sviluppo il miglioramento delle risorse umane e delle condizioni lavorative nelle strutture sanitarie, tramite la formazione e la fornitura di risorse necessarie alla produzione di servizi di qualità.

La consistente assistenza tecnica prevista nell'ambito dell'iniziativa ha anch'essa la sua ragione d'essere nella constatata difficoltà del Paese di realizzare autonomamente le attività previste.

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 gravi in tutto il Paese.

¹⁴ Sector-wide approach

6.4 Problematiche legate alla questione di genere e alla pari opportunità

A livello governativo vi è un preciso obbligo a favorire 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. A titolo di esempio, nell'ambito del programma di sanità comunitaria "Health Extension Programme" negli ultimi cinque anni il Ministero della Sanità ha formato ed messo in servizio circa 33.800 *Health Extension Workers* donne in circa 15.000 Health Post. 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.

6.5 Sostenibilità economica e finanziaria

Il Governo etiopico è il principale ente finanziatore del settore sanitario e il contributo italiano all'MDG Fund provvede con fondi addizionali per un periodo limitato, in modo da contribuire al raggiungimento degli MDG sanitari e la *capacity building* del personale sanitario che rimarrà patrimonio del Paese.

Elementi di sostenibilità sono:

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

7. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

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

I principi dell'*International Health Partnership* e l'*IHP Country Compact* e l'approccio SWAP¹⁵ implicano per di più la pianificazione e il finanziamento congiunto nonché sistemi di monitoraggio e valutazione congiunta dal FMoH e dai Partner per lo sviluppo.

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

Ad ogni buon fine, come previsto nella bozza di Accordo bilaterale allegato alla presente proposta, se il contesto lo richiedesse ed in base alla richiesta di una delle parti, si possono effettuare delle valutazioni esterne.

¹⁵ *Sector- wide approach*

8. CONCLUSIONI

L'iniziativa "Contributo Italiano all'MDG Fund - 2013-2015" rappresenta una componente importante del Programma nazionale quinquennale (HSDP IV) di sviluppo del settore sanitario del Paese.

Risponde puntualmente agli impegni politici presi dall'Italia in ambito internazionale e in ambito locale ed è stata concepita in linea con i principi di armonizzazione e allineamento.

Inoltre, grazie alla sua forte componente di assistenza tecnica, unisce al supporto finanziario settoriale, il contributo al rafforzamento dei sistemi sanitari ed alla "capacity building", che sono condizioni necessarie per il raggiungimento degli Obiettivi del Millennio, per la componente salute, e per la futura sostenibilità.

Il finanziamento, come da tabella seguente, appare ammissibile per quanto riguarda il contributo all'MDG Fund ed ammissibile e congruo per quanto riguarda il Fondo in loco. Il finanziamento complessivo appare inoltre dimensionato alle necessità del Paese.

Si esprime pertanto parere favorevole al finanziamento di € 7.470.000 suddiviso secondo le seguenti componenti ed annualità:

COMPONENTI	I annualità	II annualità	III annualità	Totale	Note
Contributo all'MDG Fund	3.000.000	2.500.000	1.500.000	7.000.000	Canale bilaterale ex Art. 15 Reg. esec. L. 49/87
Fondo in loco	0	235.000	235.000	470.000	Gestione diretta DGCS
TOTALE	3.000.000	2.735.000	1.735.000	7.470.000	

L'esperto UTC
Dott. Gennaro Gentile

Visto

Il Funzionario Preposto all'UTC
Min. Pierfrancesco Zazo

9. ALLEGATO 1 ToR Esperti e collaboratori locali

Termini di riferimento del Capo programma (Italian Expert – IE)

Qualifica: medico di sanità pubblica

Esperienza qualificata

Lingua inglese

L'esperto dovrà:

- a livello centrale, mantenere stretti rapporti di collaborazione con la controparte etiopica, coi donatori e con l'UTL e dirigere la *Technical Assistance and Monitoring Unit* (TAMU);
- partecipare alle attività di monitoraggio congiunto del Programma di sviluppo del settore sanitario (HSDP) in generale e dell'MDG Fund in particolare con MOH e Partner allo sviluppo secondo le modalità ed attraverso i fora JCCC, JCF, ARM ecc.;
- partecipare al forum di coordinamento tra Partner allo sviluppo (*Health Population and Nutrition Donors' Group* del DAG);
- 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;
 - effettuare regolare supervisione e monitoraggio sul lavoro eseguito dagli altri esperti del Programma e dagli esperti locali 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 dell'Esperto in Sistemi informativi sanitari

Qualifica: medico di sanità pubblica/epidemiologo

Esperienza qualificata

Lingua inglese

Funzioni da svolgere: Consulente tecnico membro della TAMU responsabile delle attività di rafforzamento dei sistemi sanitari e di “*capacity building*” in particolare per quanto riguarda lo sviluppo del Sistema informativo sanitario (HMIS) a livello centrale, di distretto e di comunità. L'esperto dovrà:

- assistere il MoH nel processo di integrazione delle informazioni nell'HMIS e nella selezione degli indicatori pertinenti al fine di migliorare la qualità e l'elaborazione dei dati e l'utilizzo delle informazioni per un processo decisionale basato sulle evidenze;

- assistere il MoH nella gestione dell'HMIS compresa la revisione e/o il perfezionamento di procedure e strumenti per la raccolta, la trasmissione e l'uso locale dell'informazione;
- assistere gli Uffici Regionali di Sanità (RHB) nell'adozione del sistema e nell'elaborazione di profili sanitari zionali 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 d'informazione da adottare sia nei corsi di formazione che come moduli da includere nei curricula di formazione di base;
- collaborare alla definizione dei principi e delle strategie di informatizzazione dell'HMIS e alla loro realizzazione;
- partecipare all'individuazione, realizzazione e analisi di ricerche operative come da richiesta del MoH;
- partecipare alle attività di monitoraggio e valutazione dell'HMIS a livello periferico;
- collaborare con il capo progetto 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;
- elaborare un "Rapporto di performance annuale" del settore sanitario;
- coordinare alla produzione del bollettino scientifico del MoH;
- elaborare relazioni semestrali relative allo stato di avanzamento dell'HMIS da sottoporre al MoH e al capo programma.

***Termini di riferimento dell' amministrativo-contabile
(contratto locale CoCoPro o a tempo determinato)***

Qualifica: scuola di ragioneria, laurea in economia

Esperienza qualificata

Lingua inglese

L'esperto dovrà:

- curare tutti gli aspetti amministrativi del programma ed essere di supporto al capo programma per favorire - in sinergia con la UTL - il coordinamento e l'integrazione delle diverse attività del Programma;
- collaborare con le controparti nelle funzioni di approvvigionamento di beni e servizi previsti dal programma ed alle spese generali previste nella componente a gestione diretta (Fondo in loco);
- fornire la necessaria assistenza tecnica alle istituzioni locali nel campo dell'amministrazione dei finanziamenti a livello centrale e regionale;
- collaborare con il capo programma e le Autorità locali nella pianificazione ed organizzazione delle attività di programma, con particolare riferimento agli aspetti amministrativi;
- collaborare, per gli aspetti di sua competenza, alla predisposizione dei Piani Operativi, dei Rapporti semestrali e dei Rendiconti finanziari (Fondo in loco).

ToR Consulente locale Monitoring and Evaluation

TERMS OF REFERENCE (Monitoring and Evaluation Consultant)

1. Carry out routine monitoring in the implementation of the approved Plans of Action (POA) for the Italian Contribution to MDG fund according to agreed appropriate monitoring and evaluation procedures.
2. Contribute to the developing and/or improving of new monitoring tools for all components of the Programme in collaboration with the Programme staff and the Ethiopian counterparts at central and peripheral level.
3. Travel regularly to the regions where Programme's activities are in progress in order to provide guidance and supervise the implementation of the planned activities.
4. Facilitate operational contacts between the regions and the FMoH at central level.
5. Provide assistance to the relevant regional staff in the planning and scheduling training.
6. Interact directly with the counterparts at FMoH level on delegation of the Programme Coordinator
7. Assist and represent, when necessary, the Programme Coordinator, and report back to him any outcome from attended meetings, conferences, seminars and workshops.
8. Be directly and actively involved in all common monitoring and evaluation activities of the Programme, in close collaboration and under the supervision of the Programme Coordinator.
9. Exchange regular information on the Programme activities, including new policy and strategies being developed by the MoH with the other Programme thematic experts.
10. Closely collaborate, on instruction and under supervision of the Programme Coordinator, with all Ethiopian and Italian Institutions, active partners in the MDG fund activities.
11. Maintain and develop good relationship with counterparts, official authorities and other partners, ensuring a positive profile of the Programme.
12. Set up regular reports on Programme activities and performance.
13. Undertake any other duty requested by the Programme Coordinator as needed.

TERMS OF REFERENCE
(HMIS and Public Health Consultants)

The consultant will carry out his/her duties according to the Terms of Reference (ToR) approved by the Technical Assistance & Monitoring Unit (TAMU) of the Italian Cooperation. He/she he will work under the supervision of the HMIS expert of the HSDP TAMU.

Objectives of the consultancy

- Support the activities related to Health Management Information System (HMIS).
- Support the design and implementation of operational research studies.
- Provide technical assistance as requested by the direct Supervisor to the Federal Ministry of Health (FMoH) and to the two beneficiary Regional Health Bureaus (RHBs) of Oromia and Tigray Regions.
- Perform data collection, analysis and interpretation as well as dissemination of results.
- Participate upon delegation of the Supervisor to the Technical Working Group (TWG) on HMIS and other meetings.

Basic requirements

- B.A or B.Sc. or registered nurse diploma.
- Master Degree in Public Health.
- Present or previous positions as HMIS staff or consultant.
- Previous position as Head or Department Head in Woreda Health Office or Zonal Health Department.
- In depth knowledge of the Ethiopian public health system and HSDP.
- Knowledge of the major software (word processor, spreadsheet, database, statistical packages etc.).
- Fluency in Amharic and English.

Activities (upon delegation of the Supervisor)

At central level

- Monitoring HMIS activities of the Italian Contribution to MDG fund;
- Support the implementation of HMIS activities at the federal level;
- Support the design and implementation of operational research studies;
- Participate to the TWG on HMIS and other meetings.

At regional level

- Monitoring HMIS activities of the Italian Contribution to MDG fund;
- Support the implementation of HMIS activities at regional level;
- Support the design and implementation of operational research studies;
- Support the regions in the analysis and interpretation of data as well as in the use of information for performance improvement;
- Participate to the TWG on HMIS and other meetings.

Duties of the consultant

Carry out duties and responsibilities assigned by the Supervisor. The Consultant will set up Activity Reports and updates of existing documents as requested by the Supervisor, and submit them timely.

The Consultant will work in close contact with his Supervisor and, upon his delegation, with the relevant Directorates of the FMOH and RHBs.

The Consultant will keep all TAMU's resources safe and use them efficiently and carefully only for work purposes.

TAMU expects the Consultant full confidentiality on all relevant specifications about services and project operation. The Consultant will perform his service and carry out his obligation with all due diligence, efficiency and economy according to generally accepted professional techniques and practices. He/she shall also observe sound management practices, use appropriate advanced technology and act, in respect of any matter relating to this consultancy contract, as faithful advisor to the client, and shall, at all times, support and safeguard the TAMU legitimate interest in dealing with contractors or third parties.

10. Markers efficacia

	Critero di <i>aid effectiveness</i>	Si	No	Motivazione da fornire in caso di risposta negativa	Descrizione da fornire in caso di risposta positiva	Punti di merito attribuiti dal NVT
1	<p>L'assistenza tecnica per la realizzazione dell'intervento di cooperazione dovrà essere fornita a) nella misura strettamente necessaria, b) con modalità concordate con il PVS e coordinate con gli altri donatori e c) coinvolgendo il più ampiamente possibile consulenti locali.</p> <p>Se l'intervento ha una componente di assistenza tecnica superiore a €100.000 (fondo esperti + fondo in loco):</p> <p>a) E' prevista la stipula di uno specifico accordo con le autorità locali che stabilisca le modalità di fornitura di AT nonché il monitoraggio e la valutazione periodica congiunta di tale componente?</p> <p>b) I costi per i consulenti locali (singoli o società) sono superiori al 50% dei costi dell'intera componente?</p>	XX			Circa il 60% degli esperti sono dedicati ad attività congiunta e monitoraggio congiunto con altri donatori	Max 20 punti
2	<p>L'intervento di cooperazione dovrà prevedere il pieno coinvolgimento del paese partner nel processo di affidamento dei contratti e non deve sovraccaricare le controparti locali di oneri amministrativi quando questi non siano legati al rafforzamento delle capacità locali.</p> <p>Per affidare i contratti per opere e/o forniture e/o servizi previsti dall'intervento:</p> <p>a) La stazione appaltante è un organo del paese partner?</p> <p>b) In caso di risposta negativa alla precedente domanda, il paese partner è coinvolto nella selezione dei contraenti?</p> <p>c) La procedura è regolata dalla legge del paese partner?</p> <p>d) In caso di risposta negativa alla precedente domanda, la normativa di riferimento è già conosciuta ed utilizzata dal paese partner?</p>	xxx			Si tratta di iniziativa allineata per circa l'87%	Max 20 punti
3	<p>Per la gestione e il controllo finanziario dell'intervento dovranno essere privilegiate le procedure ed i sistemi di controllo finanziario del PVS.</p> <p>Per erogare e gestire i fondi con cui l'intervento sarà finanziato:</p> <p>a) Si utilizzano le procedure di gestione, reporting ed auditing pubbliche del paese partner?</p> <p>b) In caso di risposta negativa, la loro inadeguatezza è stata valutata congiuntamente ai partner europei e secondo strumenti diagnostici condivisi?</p> <p>c) Sempre in caso di mancato utilizzo dei sistemi di gestione finanziaria locale a causa della loro inadeguatezza, sono previste azioni volte al loro rafforzamento?</p>	xxx			Tutto da un accordo multi donatori e bilaterale	Max 20 punti
4	<p>Per la esecuzione dell'intervento dovrà essere privilegiato l'utilizzo delle strutture e delle risorse umane locali.</p> <p>a) Per la costituzione della <i>Project Implementation UNIT – PIU</i> ci si avvale delle strutture amministrative del Paese Partner?</p> <p>b) In caso contrario, per la costituzione della <i>Parallel Project Implementation Unit – PPIU</i> è previsto quanto segue?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accordo con le controparti locali sui ToR del personale dell'Unità e, in particolare, del personale italiano inviato in lunga missione; • Affiancamento del responsabile italiano della PPIU con un funzionario dell'istituzione locale; • La più ampia utilizzazione possibile di personale locale qualificato; • Commissioni di gara e di collaudo che includano membri designati dalle controparti • Utilizzazione di professionisti locali per le Direzioni lavori • Forme di retribuzione e di incentivazione per il personale assunto nel paese partner che non distorcano il mercato del lavoro locale; • Approvazione da parte delle istituzioni locali competenti degli elaborati progettuali e dei capitolati, prima del loro utilizzo; • Adozione di tecniche di reporting e di contabilità che siano il più possibili compatibili con quelle del paese partner • Apposite attività per il rafforzamento delle capacità dell'istituzione di controparte • Una exit strategy per far rilevare alle parti locali i progetti, al termine delle attività. 	xxx	xxx	La Monitor Unit fornisce At su richiesta della controparte, coerente con linee guida dedicate a questo riguardo	l'87% del bilancio è gestito dalla controparte	Max 20 punti
5	I fondi da destinare all'intervento sono erogati sulla base di un accordo multi-donatori (<i>programme based aid</i>) con un budget unitario?	xxx			Per il l'87% budget unitario	Max 10 punti
6	<p>La valutazione dell'intervento dovrà essere svolta congiuntamente con il PVS e con altri eventuali donatori.</p> <p>a) L'intervento sarà valutato (anche) nell'ambito d'intese sui risultati attraverso metodi, tempi e strutture del paese partner?</p> <p>b) Tale valutazione è prevista nei termini indicati dall'OCSE/DAC a proposito della <i>Joint Evaluation</i>, stanziando a tale scopo adeguate risorse finanziarie?</p> <p>c) Si prevede la valutazione congiunta con altri donatori?</p>	XX	xxx		Anche questo è previsto dall'accordo	Max 10 punti
<p>Punteggio complessivo (La soglia minima per la sottoposizione al Comitato Direzionale è di 65/100)</p>						

	Critério di <i>aid effectiveness</i>	Si	No	Motivazione da fornire in caso di risposta negativa	Descrizione da fornire in caso di risposta positiva	Punti di merito attribuiti dal NVT
7	<p>In stati fragili e in situazioni post-conflitto si dovrà dare massimo rilievo ad un'accurata analisi del conflitto; l'intervento dovrà, inoltre, prevedere come gestire il passaggio alla fase di sviluppo.</p> <p>Per Stati fragili o in situazioni post-conflitto:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Si prevede un'analisi della crisi con gli altri donatori? b) Sono coinvolti nell'analisi vari soggetti (parti in conflitto, autorità locali, società civile)? c) E' previsto il passaggio senza interruzioni finanziarie da programmi d'emergenza a programmi di sviluppo? 			NA perché l'Etiopia non è considerato uno stato fragile né è in situazione di post-conflitto.		

Punteggio complessivo nel caso di Stati fragili/di situazioni post-conflitto

La soglia minima per la sottoposizione al Comitato Direzionale è di 65/100 almeno con la lettera B e con una delle due risposte affermativa relativa al passaggio senza interruzioni dall'emergenza allo sviluppo.