



Allegato 8

Dati di Sintesi Informazioni generali

Nome e sigla della ONG Comitato Collaborazione Medica – CCM proponente:		
Decreto d' idoneità per la realizzazione di progetti nei PVS: [N° e data]		Decreto n. 1988/128/004187/2D del 14.09.1988
Progetto congiunto: [SI] [NO] Se SI, specificare nomi e sigle delle altre ONG:		NO
Titolo del progetto: Potenziamento della rete e miglioramento della qualità dei servizi di salute riproduttiva in Bale (Oromia, Etiopia) - PRSS		
Paese beneficiario: Etiopia	Regione: Oromia	Città/Località: Zona del Bale
Nome e sigla della controparte locale: Dipartimento Sanitario della Zona (ZHB)		
Durata prevista: [anni] 3 anni		Data di presentazione: 15/06/2013
Costo totale: € 1.290.871,68	Contributo DGCS: € 903.610,18 Apporto ONG/altri Monetario: € 87.669,50 Apporto ONG/altri Valorizzato: € 299.592,00	Percentuale del costo totale: 70% Percentuale del costo totale: 7% Percentuale del costo totale: 23%



1. GIUSTIFICAZIONE E CONTESTO

Analisi del contesto e Priorità del tema e/o del Paese

Max.3000 battute

Il progetto risponde a criteri di priorità geografica e tematica della DGCS, il cui programma di cooperazione bilaterale con l'Etiopia 2013–2015 conferma il settore sanitario come area centrale di intervento. Il contributo al raggiungimento degli MDG 4, 5 e 6 ed il rafforzamento delle capacità delle istituzioni sanitarie, al centro della strategia DGCS, sono obiettivi fondanti dell'azione proposta. Il CCM intende favorire il miglioramento dei servizi di salute riproduttiva della Zona del Bale (Oromia) potenziando il capitale tecnico e umano delle strutture sanitarie e delle istituzioni in un'area di storico impegno dell'Italia, ivi promotrice di programmi bilaterali (*Health Sector Development Programme* ed *Health Information System Programme*) e ONG promossi.

L'Etiopia conta oltre **84 milioni di abitanti**¹ e ha una popolazione a prevalenza rurale (84%)², giovane (44% sotto 15 anni di età) con il 24% di donne in età riproduttiva³. Il tasso di **mortalità materna** è tra i più alti al mondo (676 per 100.000 nati vivi), nonostante i progressi nella pianificazione familiare (da 6% nel 2000 a 27% nel 2011) e tassi di fertilità (da 5,5 nel 2000 a 4,8 nel 2011). Cause prime della mortalità materna sono parto ostruito o prolungato (13%), rottura di utero (12%), pre-eclampsia ed eclampsia (11%), malaria (9%). La salute materna è affetta da **scarsità di personale qualificato**, inefficienza del **sistema di riferimento**, basso numero di strutture per le emergenze ostetriche e **limitato accesso alle cure**⁴. Solo 1 donna su 5 svolge 4 visite prenatali, condotte nel 34% dei casi da personale qualificato, il 48% riceve la vaccinazione antitetica prima del parto, il 10% partorisce assistita da personale qualificato e più del 60% non considera necessario partorire in clinica⁵. In **Oromia**, dove vive il 36% della popolazione etiopica,⁶ gli indicatori sanitari non sono migliori: il 31% delle donne riceve cure prenatali da staff qualificato e l'8% partorisce in strutture sanitarie. In **Bale**, per 1,6 milioni di abitanti si contano 4 ospedali (1 per 415.000 persone), 78 HC (1 per 21.300 persone) e 321 HP (1 per 5.200 persone). Tutti gli ospedali gestiscono emergenze ostetriche (CEmONC) e molti HC sono equipaggiati per complicanze di base (BEmONC). Vi sono 34 medici, 167 ostetriche (1 per 2.200 donne in età fertile), 1.164 infermieri professionali e 770 HEW. Nonostante alcuni importanti progressi (l'83% delle donne accede ai servizi prenatali), solo il 20% delle gravidanze è assistito⁷. Tradizioni socioculturali, dipendenza dall'uomo, difficoltà logistiche e costi limitano l'uso dei servizi specie tra le fasce povere.

Il CCM, in Bale dal 2005 con fondi UE, MAE, Cooperazione Decentrata e privati, conosce bene territorio e settore, mantenendo da anni il proprio focus sulla salute riproduttiva. Ad agosto si completerà il progetto promosso 'Rafforzamento dei servizi di salute materno-infantile nella zona del Bale, Regione Oromia', I fase di un più ampio intervento di sostegno alla salute riproduttiva nell'area, cui questa proposta intende dar seguito.

Bisogni / Problemi da risolvere

Max.3000 battute

¹ Proiezioni del *National Population and Housing Census* (2007), con tasso di crescita annuo del 2,6%.

² Federal Democratic Republic of Ethiopia – Population Census Commission (2008). Summary and Statistical Report of the 2007 Population and Housing Census. Addis Ababa, 2008.

³ Central Statistical Agency of Ethiopia and ICF International (2012). Ethiopia Demographic and Health Survey 2011. Addis Ababa, Ethiopia and Calverton, Maryland, USA

⁴ Federal Ministry of Health in Ethiopia and the Institute of Tropical Medicine in Antwerp (2011). Disease Control Programs contribution to Health System Strengthening: Good practices and new approaches for scale-up. Addis Ababa, Ethiopia and Antwerp, Belgium

⁵ Central Statistical Agency of Ethiopia and ICF International (2012). Ethiopia Demographic and Health Survey 2011. Addis Ababa, Ethiopia and Calverton, Maryland, USA

⁶ Proiezioni del *National Population and Housing Census* (2007), con tasso di crescita annuo del 2,6%.

⁷ Dati raccolti a livello del Dipartimento Sanitario della Zona e relativi all'anno 2010-2011.



Il CCM collabora con le autorità sanitarie del Bale dal 2005, quando un progetto finanziato dall'UE permise di avviare i servizi ostetrici essenziali e di emergenza nell'ospedale di Goba e in 10 HC. Nel 2009, dati i bisogni ancora alti, le autorità locali chiesero al CCM di continuare l'intervento. Fino al 2011, il CCM ha assicurato i servizi ostetrici di emergenza (B/CEMONC) e dal 2012, nell'ambito di un progetto promosso, offre sostegno a 2 ospedali (Robe e Dello Mana) e 16 HC identificati con lo *Zonal Health Bureau* (ZHB).

Nel 2005 il Bale contava 2 ospedali (Goba e Ginir), 16 HC e 20 dispensari, solo gli ospedali trattavano le complicanze ostetriche, il personale specializzato era scarso, le attrezzature e gli spazi delle sale operatorie inadeguati, il sistema di riferimento basato su un'unica ambulanza. Solo il 35% delle donne accedeva alle visite prenatali e il 9% partoriva assistito da staff qualificato. Un *assessment* condotto congiuntamente da CCM e ZHB nel settembre 2012 ha evidenziato l'aumento delle strutture sanitarie (4 ospedali, 78 HC e 321 dispensari), accresciute capacità di gestione di emergenze e complicanze ostetriche in tutti gli ospedali (un centro CEMONC ogni 415.000 persone, come da indicazione OMS), la presenza di sufficiente staff qualificato (tre ginecologi e un *Health Officer*) e di 12 ambulanze gestite dai 4 ospedali e da 8 distretti. Su richiesta delle controparti, il CCM si sta ora concentrando sulla formazione del personale sanitario degli HC e sulla fornitura di attrezzature mediche per rispondere alle emergenze ostetriche nelle aree più remote.

Nonostante i progressi, tuttavia ancor oggi solo il 20% delle donne partorisce in clinica, con personale qualificato: barriere culturali, costo dei servizi, distanza dalle strutture, scarsa conoscenza dei rischi e basso potere decisionale delle donne limitano l'accesso a e l'uso dei servizi. La priorità riconosciuta da tutti gli *stakeholders* è **creare la domanda** e assicurare che le donne accedano ai servizi di prevenzione e cura in **tempo e ogni volta che lo necessitano**. Le autorità sanitarie del Bale hanno reiterato al CCM la richiesta di assistenza in tal senso. La strategia individuata intende rendere le donne attive nella ricerca dei servizi sanitari, agendo su 3 livelli: potenziamento delle strutture di base sul territorio (*Health Posts*), sensibilizzazione comunitaria sulla salute riproduttiva, maggior impegno istituzionale nella supervisione e integrazione comunitaria dei servizi.

Temi trasversali al progetto sono la **protezione dell'ambiente** (uso di inceneritori e *placenta pits*, manutenzione delle apparecchiature sanitarie), **l'uguaglianza di genere** (formazione di operatori sanitari donna, coinvolgimento di associazioni femminili, inclusione di uomini/capi famiglia nella sensibilizzazione), la valorizzazione delle **best practices** (reti comunitarie ed istituzionali per condividere informazioni ed esperienze).

Contesto dell'azione e rapporto con altri programmi

Max.2000 battute

Il miglioramento della salute materna è una delle priorità del **Piano di Sviluppo del Settore Sanitario 2010-2014** (*Health Sector Development Plan*, HSDP) del Governo etiopico, che mira a migliorare l'**accessibilità dei servizi di cura e il loro utilizzo**⁸, aumentando la fiducia delle donne nel sistema sanitario e rendendole attive nella ricerca dei servizi di prevenzione e cura presso le strutture sanitarie di primo e secondo livello. Il Ministero della Salute (*Ministry of Health*, MOH) intende rafforzare il ruolo degli operatori sanitari in prima linea, in particolare gli **Health Extension Workers** (HEW), principale veicolo per la prevenzione, la promozione sanitaria e il trattamento delle patologie più comuni a livello di comunità e presso dispensari o *Health Posts* (HP)⁹. *Health Centre* (HC) e ospedali sono invece coinvolti nei servizi di trattamento e cura, svolgendo un ruolo essenziale nella gestione di emergenze e complicanze ostetriche attraverso i servizi di **Emergency Obstetric and Neonatal Care** (EMONC)¹⁰.

L'intervento proposto dal CCM è assolutamente in linea con le linee guida nazionali, applicate anche a livello

⁸ Federal Democratic Republic of Ethiopia – Ministry of Health (2010). *Health Sector Development Plan IV 2010/11-2014/15*. Addis Ababa, Ethiopia

⁹ Il sistema sanitario etiopico è strutturato in tre livelli di cura: i) il **primo livello** è composto di un ospedale primario (con un bacino d'utenza di 60.000-100.000 persone), centri sanitari o *Health Centre* (HC) (1 ogni 15.000-25.000 persone) e dispensari o *Health Posts* (HP) (1 ogni 3.000-5.000 persone), collegati gli uni agli altri da un sistema di riferimento per la pronta gestione dei casi complicati e delle emergenze. Ospedale primario, HC and HP costituiscono l'Unità Primaria di Cura (*Primary Health Care Unit*, PHCU); ii) il **secondo livello** è composto di ospedali generali, con un bacino d'utenza di 1-1,5 milioni di persone; e iii) il **terzo livello** da ospedali specializzati, che servono in genere 3,5-5 milioni di persone.

¹⁰ I servizi per la gestione delle emergenze ostetriche e neonatali (EMONC) si dividono in *basic* (BEMONC) e *comprehensive* (CEMONC). I servizi BEMOC prevedono la somministrazione parenterale di antibiotici, ossitocina e anticonvulsivanti, la rimozione manuale della placenta e l'aspirazione manuale dei prodotti ritenuti, il parto strumentale con uso di forcipe e ventosa e la rianimazione neonatale. Il CEMONC prevede tutti i servizi di BEMONC più il taglio cesareo e la trasfusione sanguigna.



di Regione (*Oromia Health Bureau*) e di Zona (*Bale Zone Health Bureau*). Tra i maggiori fattori dell'HSDP, vi è anche la DGCS, che da oltre 10 anni sostiene tecnicamente e finanziariamente il programma, focalizzandosi in particolare su alcune Regioni, tra cui l'Oromia. Tale impegno è stato confermato con l'approvazione del programma di cooperazione bilaterale Italia-Etiopia 2013-2015.

L'Oromia in generale e, nello specifico, la Zona del Bale beneficiano anche degli aiuti di alcune organizzazioni internazionali (UNICEF, *Pathfinder International*, *John Snow International* e *Norwegian Lutheran Mission*) attive in ambito sanitario. A garantire la non sovrapposizione degli interventi ma, al contrario, favorire possibili sinergie e stimolare l'*ownership* dei progetti, vi è la necessaria sottoscrizione di accordi specifici fra *Oromia Regional Health Bureau* (RHB) e ciascun partner di intervento.

2. SOGGETTO RICHIEDENTE E PARTNER

Capacità e competenze del proponente

Max.2000 battute

Il CCM è una ONG torinese attiva principalmente nel settore sanitario, oggi in Sud Sudan, Somalia, Etiopia, Burundi e Kenya, ed in Italia per l'educazione alla cittadinanza mondiale. Sua *Mission* è contribuire a migliorare lo stato di salute delle popolazioni dei paesi a basso reddito, assicurando loro adeguato accesso e qualità dell'assistenza sanitaria. Il CCM è specializzato nel fornire servizi di medicina preventiva e curativa coinvolgendo le comunità e dando rilievo alla formazione del personale locale e al *capacity building* istituzionale.

Il CCM opera in Etiopia da oltre 10 anni, nelle zone del Bale (Regione Oromia), del Liben (Regione Somala) e, dal 2011, in Tigray. La struttura del CCM Etiopia fa capo a una sede di coordinamento (Addis Abeba) e a 3 uffici di progetto (uno per ogni regione di intervento). Il personale espatriato include il Rappresentante Paese (responsabile della gestione complessiva e del rapporto con donatori e istituzioni centrali), 1 capo progetto per area di intervento (incaricato della gestione/supervisione delle attività e delle relazioni con i partner) ed un *Health Advisor* (a fornire assistenza tecnica in ogni fase del ciclo di progetto). La realizzazione delle attività è affidata a staff locale con competenze tecnico-sanitarie e logistiche, che affianca il personale governativo in forza alle strutture sanitarie. Per garantire l'efficacia dei progetti, il CCM svolge monitoraggi costanti (capi progetto), riunioni di coordinamento con i partner, missioni di supervisione tecnica (*Health Advisor*), valutazioni in itinere (consulenze dall'Italia).

La gestione finanziaria dei progetti è seguita dall'amministratore Paese e dal team contabile, sotto la supervisione del Rappresentante Paese, in coordinamento con CCM Italia. Il software contabile è basato su un sistema a doppia entrata a riconciliazione settimanale e mensile. Il consuntivo delle spese è aggiornato in loco ed approvato da CCM Italia. In fase di avvio di ogni iniziativa, ne viene elaborato il Piano Acquisti, da porre in essere seguendo le procedure CCM e del donatore.

Rete dei partner e Controparte locale

Max.6000 battute

Il CCM è il solo ente promotore del progetto, da realizzare con le autorità sanitarie di riferimento, *Oromia Regional Health Bureau* – RHB e le controparti locali operative: *Bale Zone Health Bureau* (ZHB) e *Woreda Health Offices* (WoHO), laddove *woreda* significa 'distretto'.

L'Oromia RHB è chiamato a gestire il sistema sanitario regionale, applicando le strategie e le linee guida nazionali attraverso l'attuazione di un piano di interventi sanitari predisposto ogni anno da ciascun Dipartimento Sanitario di Zona (ZHB) in base alle esigenze del territorio. Al RHB spetta anche la valutazione delle proposte di intervento ricevute da partner che offrano il proprio sostegno per lo sviluppo del sistema sanitario locale. Questa proposta, frutto del lavoro congiunto di CCM e Bale ZHB (controparte operativa nell'azione), ha ottenuto l'approvazione del RHB, che l'ha valutato adeguata ai bisogni identificati, in linea con le politiche di settore e non replicativo di iniziative già in corso. CCM è stato riconosciuto un ente con radicata conoscenza del contesto e comprovate capacità operative.

All'interno dello ZHB, il dipartimento di riferimento sarà quello di Salute Materna e Infantile, guidato da un responsabile (oggi, Ato Berhanu) che nominerà un suo tecnico quale referente di progetto ed interlocutore



del CCM. Come già per il progetto promosso in corso, capo progetto CCM e referente dello ZHB si incontreranno settimanalmente per pianificare e monitorare le attività. Incontri straordinari (se necessario coinvolgendo anche i quadri superiori) saranno richiesti qualora si verificano circostanze ostative del puntuale ed efficace svolgimento del progetto. L'organizzazione logistica sarà facilitata dalla vicinanza tra sede CCM Bale e sede dello ZHB, a soli 15 km di distanza e dotati entrambi di collegamento telefonico e internet. Lo ZHB sarà incaricato di:

- facilitare le relazioni con i dipartimenti sanitari di *woreda* per lo svolgimento delle attività e la supervisione dei servizi sul territorio;
- garantire il personale sanitario presso le strutture sanitarie, valutandone prestazioni e capacità;
- assicurare la fornitura di medicinali, consumabili e attrezzature sanitarie di base;
- partecipare alle attività di valutazione, monitoraggio e supervisione dei servizi sul territorio;
- mettere a disposizione ambulanze per il trasferimento delle emergenze ostetriche;
- coordinare gli attori sanitari sul territorio;
- dare continuità ai servizi dopo la chiusura del progetto.

Emanazione dello ZHB a livello di distretto sono i **Dipartimenti Sanitari di Woreda (WoHO)**, responsabili del controllo dei servizi di prevenzione e salute primaria. La collaborazione tra il CCM e gli 8 WoHO coinvolti dal progetto si tradurrà nella pianificazione congiunta delle attività di formazione degli operatori sanitari in prima linea, nella costituzione delle *reti comunitarie della salute* e nella supervisione delle attività di educazione e promozione della salute sul territorio (v. sezione 6). Per queste ultime, si ricercherà anche il coinvolgimento delle *Women Development Army (WDA)*, quale strumento di **partecipazione comunitaria** per creare la domanda e aumentare l'accesso delle donne ai servizi di prevenzione e cura.

Quale coordinatore generale dell'iniziativa, il CCM sarà responsabile di:

- Assicurare la gestione complessiva del progetto, rispondendo alle richieste di autorità locali e donatore;
- Verificare la corrispondenza tra piano operativo e cronogramma da un lato, e attività svolte dall'altro;
- Informare RHB e donatore su difficoltà, ritardi, emendamenti o modifiche delle attività, e su ogni fatto o circostanza che possa ostacolare il regolare progresso del progetto;
- Amministrare le risorse di progetto;
- Elaborare i rapporti tecnici, narrativi e finanziari richiesti da donatore e autorità competenti.

Altri attori in varia misura coinvolti nel progetto includono:

1. **Partner istituzionali:** il Ministero della Sanità (MOH) sarà coinvolto nell'analisi dei risultati di progetto, con particolare riferimento all'esperienza delle *reti comunitarie per la salute*, data l'importanza che coinvolgimento delle comunità e consapevolezza dei rischi per la salute hanno nei piani strategici nazionali.
2. **Agenzie delle Nazioni Unite:** OMS e UNICEF sostengono Oromia RHB e Bale ZHB soprattutto con la fornitura di equipaggiamenti e medicinali. Si auspica che le positive relazioni avviate proseguano con la condivisione puntuale delle informazioni per evitare sovrapposizioni e meglio integrare gli interventi.
3. **Organizzazioni internazionali e/o locali:** *Pathfinder International* e *John Snow International*, ONG internazionali, gestiscono un programma di Salute Familiare Integrato che supporta lo ZHB nella pianificazione e supervisione di alcuni servizi di MCH (pianificazione familiare, prevenzione della trasmissione verticale dell'HIV, prevenzione e gestione della violenza domestica, prevenzione e controllo della malnutrizione). La già avviata collaborazione del CCM con tali enti sarà rafforzata per garantire l'efficace realizzazione delle attività di comunità e l'aumentata domanda di servizi da parte delle donne. A favorire tali sinergie sarà lo ZHB, mediante incontri trimestrali di scambio e analisi delle priorità della zona.
4. **Associazionismo femminile:** già in passato, il CCM ha realizzato in Bale attività di educazione alla salute con associazioni di donne. Il progetto intende rinnovare la collaborazione con tali gruppi, valorizzandone la conoscenza del territorio, le capacità di mediazione culturale e l'influenza presso i propri pari per aumentare l'uso dei servizi di salute di base.
5. **Cooperazione Italiana:** La Cooperazione Italiana sostiene l'HSDP nella Regione Oromia. Si auspica che la relazione con gli esperti o della Cooperazione Italiana continui nel tempo e fornisca



all'intervento un valido supporto tecnico-scientifico.

3. OBIETTIVI DEL PROGETTO

Max.1500 battute

L'azione mira a rispondere alle priorità sanitarie del Bale, con un numero adeguato di strutture con valida **copertura dei servizi essenziali**, ma con **accesso ai servizi ancora limitato** (meno di 0,23 contatti ambulatoriali persona/anno¹¹). Per la salute materna, lo ZHB punta a **creare più domanda e aumentare l'accesso alle cure** come volano di risultati migliori.

Il progetto intende rendere le donne attive ricercatrici dei servizi di prevenzione e cura presso le strutture sanitarie attraverso:

- il potenziamento del **sistema di prevenzione e cura a livello primario**, migliorando la qualità dei servizi a livello di HP e di comunità;
- l'aumento della **fiducia delle donne nel sistema e negli operatori sanitari**, coinvolgendo gruppi di donne (WDA) nella promozione della salute materna;
- l'**identificazione di strategie sostenibili** per aumentare l'accesso ai servizi, creando *reti comunitarie della salute* composte di donne e operatori sanitari;
- il rafforzamento delle capacità **delle autorità sanitarie locali** (ZHB e WoHO), aumentandone la partecipazione alla supervisione dei servizi primari ed al coordinamento comunitario.

La strategia proposta è volta a raggiungere l'**obiettivo generale di contribuire al miglioramento della salute materna nella zona del Bale**. **Obiettivo specifico** del progetto è aumentare l'accesso ai servizi materni di prevenzione e cura, attraverso il coinvolgimento di reti di donne e operatori sanitari in prima linea e l'erogazione di servizi primari di qualità.

4. BENEFICIARI / DESTINATARI

Max.2000 battute

Beneficiari diretti dell'azione sono le **donne in età riproduttiva** degli 8 distretti della Zona del Bale oggetto di l'intervento (circa **204.800**). Il focus sarà sulle **donne gravide** (circa **43.700**) destinatarie dei servizi di salute riproduttiva e delle attività di educazione alla salute.

In Etiopia le donne sono il 49,5% della popolazione¹². Pur svolgendo un ruolo cruciale nella comunità, (gestione dell'economia domestica, raccolta dell'acqua, cura di figli e animali) le donne sono spesso discriminate: il 51% non frequenta¹³ la scuola, sono meno alfabetizzate degli uomini (32% contro 43%)¹⁴, e più esposte ai rischi sanitari della sfera sessuale e riproduttiva. Complicazioni legate a gravidanza e parto, pratiche tradizionali pericolose e violenze domestiche aumentano la vulnerabilità di genere, aggravata dal basso accesso ai servizi sanitari. Le caratteristiche delle donne del Bale rispecchiano quelle del resto del Paese.

Target del progetto sono anche gli **Health Extension Worker** (HEW), e le **Women Development Army** (WDA). Gli HEW, formati dal RHB per 12 mesi, si occupano di prevenzione e promozione della salute nei dispensari (HP) e nelle comunità. Molti sono giovani donne, atte ad accrescere la fiducia delle coetanee nel sistema sanitario. Le WDA sono donne formate in loco per fornire modelli di comportamento igienico-sanitario e influenzare le loro pari nell'acquisizione di buone pratiche. A HEW e WDA si aggiungono le

¹¹ Federal Ministry of Health in Ethiopia and the Institute of Tropical Medicine in Antwerp (2011). Disease Control Programs contribution to Health System Strengthening: Good practices and new approaches for scale-up. Addis Ababa, Ethiopia and Antwerp, Belgium

¹² Federal Democratic Republic of Ethiopia – Population Census Commission (2008). Summary and Statistical Report of the 2007 Population and Housing Census. Addis Ababa, 2008

¹³ Ministry of Finance Economic Development (2010). Ethiopia: 2010 MDGs Report. Trends and prospects for Meeting MDGs by 2015

¹⁴ UNDP (2011). Human Development Report 2011. Sustainability and Equity: A Better Future for All



Traditional Birth Attendant (TBA), cruciali nell'assistenza in gravidanza e al parto (nelle zone rurali il 96% dei parti avviene in casa). Le *reti comunitarie della salute* comprenderanno proprio HEW, WDA e TBA (**480 persone**), di cui si stimolerà l'interazione per favorire un'azione comunitaria integrata.

Assistenza tecnica sarà garantita a ZHB e WoHO (**20 persone**), di cui si rafforzeranno le capacità di gestione delle *reti comunitarie*. Con l'Oromia RHB verrà condivisa la strategia adottata e si rifletterà sui risultati.

Si stima di raggiungere **874.200 beneficiari indiretti**, appartenenti alle comunità di riferimento.

5. QUADRO LOGICO

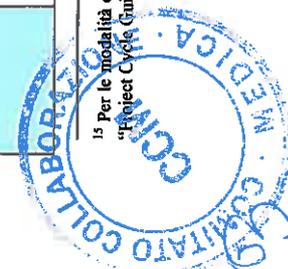
Matrice



MATRICE DEL QUADRO LOGICO¹⁵:

	Logica d'intervento	Indicatori	Fonti di verifica	Condizioni
Obiettivo Generale	Contribuire al miglioramento della salute materna nella zona del Bale	<ul style="list-style-type: none"> La mortalità materna del Bale è al termine del progetto almeno del 20% inferiore alla media nazionale (baseline: 676 per 100.000 nati vivi). 	<ul style="list-style-type: none"> Rapporti intermedi e finale di progetto; Statistiche annuali sanitarie di ZHB, RHB HMIS nazionale. 	
Obiettivo Specifico	Aumentare l'accesso ai servizi materni di prevenzione e cura, attraverso il coinvolgimento di reti di donne e operatori sanitari in prima linea e l'erogazione di servizi primari di qualità.	<ul style="list-style-type: none"> 90% delle donne gravide accede ai servizi di ANC (baseline: 83%); 30% delle donne gravide partorisce nelle strutture sanitarie (baseline: 20%). 	<ul style="list-style-type: none"> Registri dei dispensari (HP); Rapporti trimestrali degli HP alla WoHO. 	<p>La salute materna resta priorità nei piani strategici nazionali e regionali;</p> <p>La relazione di continuo supporto e collaborazione con i dipartimenti sanitari di zona e di regione si mantiene nel tempo;</p> <p>Le politiche nazionali e regionali continuano a promuovere il rafforzamento del programma di <i>estensione sanitaria</i> e decentralizzazione dei servizi di prevenzione e cura;</p>
Risultati attesi	<p>RA1) Operatori sanitari in prima linea formati e in grado di offrire servizi per la salute materna nei dispensari e a domicilio</p> <p>RA2) Cambiamento culturale nei confronti della salute materna promosso tra le donne e le comunità</p>	<ul style="list-style-type: none"> 96 HEW formati per offrire servizi materni di prevenzione e cura a livello di comunità; 34,600 donne gravide accedono ai servizi di ANC nei dispensari; 8,600 donne gravide partoriscono nei dispensari. 	<ul style="list-style-type: none"> Liste di partecipazione ai corsi di formazione; Relazioni di stato avanzamento del progetto; Registri dei dispensari; Rapporti trimestrali degli HP alla WoHO. 	<p>Le istituzioni locali coinvolte (ZHB, WoHO) mostrano attiva collaborazione nella realizzazione delle attività di progetto e non pongono nuovi vincoli all'operatività dell'ONG nel paese;</p> <p>Gli HP sono provvisti di adeguato personale ed equipaggiamenti;</p> <p>Formatori e materiali didattici sono disponibili nei tempi previsti;</p> <p>Le capacità logistiche e di spostamento sono adeguate a garantire monitoraggio e supervisioni puntuali.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> 240 donne (WDA) educate sulla salute materna per essere modelli nella promozione del cambiamento comportamentale; 	<ul style="list-style-type: none"> Liste di partecipazione ai corsi di formazione; Relazioni di stato avanzamento del progetto; 	<p>Le politiche regionali e locali continuano a promuovere il coinvolgimento delle comunità nelle attività di promozione e prevenzione;</p> <p>Il coinvolgimento di gruppi di donne in attività</p>

¹⁵ Per le modalità di compilazione della Matrice del Quadro logico consultare il "Manuale operativo di monitoraggio e valutazione delle iniziative di Cooperazione allo sviluppo", disponibile sul sito web del Ministero degli Affari Esteri. Ed il Manuale "Project Cycle Guidelines", disponibile sul sito web della DG DEVCO della Commissione europea http://ec.europa.eu/europeaid/multimedia/publications/documents/tools/europeaid_adm_pcm_guidelines_2004_en.pdf



		<ul style="list-style-type: none"> 1.200 donne coinvolte in eventi comunitari di promozione del cambiamento comportamentale; 144 workshop comunitari per la promozione della salute materna tra uomini e capi villaggio. 	<ul style="list-style-type: none"> Relazioni sulle attività comunitarie; Relazioni di monitoraggio del progetto. 	<p>comunitarie non è ostacolato dalle autorità locali e leader culturali-religiosi;</p> <p>Il personale previsto per le attività di mobilitazione comunitaria è disponibile come da cronogramma</p>
<p>RA3) Reti Comunitarie di operatori sanitari e donne capaci di promuovere una continua interazione tra diversi attori della salute e identificare possibili azioni volte ad aumentare l'accesso alle cure della popolazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> 48 reti sanitarie stabilite; Incontri mensili delle reti sanitarie; 1 ricerca operativa condotta per analizzare l'impatto delle attività delle reti comunitarie sul cambiamento comportamentale; Istituzione di un capitale a supporto di un servizio per il trasporto delle emergenze ostetriche 	<ul style="list-style-type: none"> Minute degli incontri mensili delle reti comunitarie; Relazioni di stato avanzamento del progetto; Relazione della ricerca operativa. 	<p>HEW, WDA e TBA sono coinvolti e responsabilizzati nell'azione delle reti;</p> <p>Le capacità logistiche e di spostamento sono adeguate a garantire monitoraggi e supervisioni puntuali.</p> <p>Le autorità competenti e gli altri stakeholders garantiscono un contesto favorevole allo svolgimento della ricerca.</p>	
<p>RA4) Autorità e operatori sanitari formati e capaci di assicurare l'erogazione di servizi di qualità, coordinare le attività delle reti comunitarie e promuovere la condivisione di risultati e best practices</p>	<ul style="list-style-type: none"> 20 autorità sanitarie capacitate nella supervisione degli HP e nel coordinamento delle reti comunitarie; 3 workshop condotti a livello zonale per condividere risultati e difficoltà delle reti comunitarie; Visite trimestrali di supporto e supervisione delle autorità sanitarie negli HP coinvolti dal progetto. 	<ul style="list-style-type: none"> Liste di partecipazione ai corsi di formazione; Relazioni di stato avanzamento del progetto; Relazioni delle visite di supervisione; Relazioni di monitoraggio del progetto. 	<p>Le istituzioni locali coinvolte (ZHB, WoHO) mostrano attiva collaborazione nella realizzazione delle attività di progetto;</p> <p>Formatori e materiali didattici sono disponibili nei tempi previsti;</p> <p>Le capacità logistiche e di spostamento sono adeguate a garantire monitoraggi e supervisioni puntuali.</p>	
<p>Attività</p> <p>RA1: Servizi materni nei dispensari</p> <p>1.1 Formazione di HEW per assicurare l'erogazione di servizi di qualità a livello dei dispensari;</p> <p>1.2 Visite di supporto/supervisione e assistenza tecnica nelle strutture sanitarie di primo livello.</p> <p>RA2: Coinvolgimento comunità</p> <p>2.1 Formazione di WDA per promuovere il cambiamento comportamentale;</p> <p>2.2 Sviluppo/produzione di materiali per l'educazione</p>	<p>Risorse:</p> <ol style="list-style-type: none"> Risorse umane Viaggi e rimborsi Terreni, opera, attrezzature, forniture Servizi esterni Fondi di dotazione. Rotazione e micro-credito Comunicazione, relazioni esterne e disseminazione dei risultati in Italia e in loco Altro 	<p>Costi:</p> <p>€ 851.694,00</p> <p>€ 17.530,00</p> <p>€ 231.460,00</p> <p>€ 15.180,00</p> <p>€ 0,00</p> <p>€ 16.700,00</p> <p>€ 20.000,00</p>		



	<p>delle comunità;</p> <p>2.3 Conversazioni comunitarie per promuovere la discussione tra donne e uomini sulla salute materna;</p> <p>2.4 Workshop con capi religiosi e di villaggio per avere supporto politico/religioso nel processo di cambiamento culturale;</p> <p>2.5 Diffusione di messaggi educativi e promozionali attraverso i media.</p> <p>RA3: Avvio delle reti comunitarie</p> <p>3.1 Formazione di reti comunitarie, composte di operatori in prima linea e donne di comunità, per ciascun HP supportato dal progetto;</p> <p>3.2 Incontri mensili delle reti comunitarie;</p> <p>3.3 Ricerca operativa</p> <p>3.4 Supporto finanziario alle iniziative comunitarie per facilitare l'accesso alle cure.</p> <p>RA4: Capacity building istituzionale</p> <p>4.1 Formazione di operatori e autorità sanitarie, per aumentare le loro competenze e capacità di coordinamento e supervisione;</p> <p>4.2 Workshop annuali a livello di zona per discutere e condividere risultati e difficoltà delle attività delle reti comunitarie;</p> <p>4.3 Pubblicazione e disseminazione a livello regionale dei risultati di progetto;</p> <p>4.4 Supporto nell'approvvigionamento e mantenimento di attrezzature essenziali.</p>	<p>8. Spese generali</p> <p>TOTALE</p>	<p>€ 138.307,68</p> <p>€1.290.871,68</p>	
<p>Precondizioni:</p> <p>Mantenimento delle condizioni di sicurezza e stabilità socio-economica</p>				



6. RISULTATI ATTESI E RELATIVE ATTIVITA'

Max.10.000 battute

In linea con l'HSDP IV, l'azione mira ad umentare l'accesso alle cure prenatali (da 83% a 90%) e la proporzione dei parti istituzionali (da 20% a 30%), attraverso il perseguimento di 4 risultati attesi. L'azione si concentrerà su 8 woreda della zona del Bale, (Agarfa, Berbere, Dello Mana, Gassera, Goro, Harena-Buluk, Medawalabu e Sinana), dove CCM oggi sostiene i servizi di emergenza ostetrica in 2 ospedali e 16 HC. Un aggiornamento dell'*assessment* del settembre 2012 con lo ZHB sarà condotto a inizio progetto per verificare possibili cambiamenti nel contesto e confermare le priorità d'intervento.

RA1) Operatori sanitari in prima linea formati e in grado di offrire servizi per la salute materna nei dispensari (HP) e a domicilio

Per aumentare l'accesso ai servizi di salute riproduttiva, le strategie nazionali puntano sugli operatori sanitari in prima linea (HEW) basati negli HP, di cui il progetto intende migliorare le competenze nell'assistere le donne durante gravidanza, parto e puerperio. Target dell'azione sono 48 dispensari (HP) identificati con lo ZHB, ove si calcola accederanno **34,600 donne gravide** e si presterà assistenza qualificata ad almeno **8,600 parti**. Le attività sono:

1.1 Formazione degli operatori sanitari in prima linea per assicurare l'erogazione di servizi di qualità nei dispensari (HP). Tutti i **96 HEW** dei 48 HP coinvolti dal progetto saranno formati su salute materna in generale ed assistenza al parto vaginale in particolare. Oltre ai contenuti tecnici oggetto di sessioni teorico-pratiche, la formazione tratterà le dinamiche interpersonali e la relazione operatore-paziente. Le formazioni saranno organizzate con ZHB e WoHO, che ne dovranno approvare contenuti e metodologie.

1.2 Visite di supporto/supervisione e assistenza tecnica nelle strutture sanitarie di primo livello. Il livello primario del sistema sanitario etiopico è composto da HP, HC e ospedali primari. Presso gli HP, gli operatori offrono servizi di prevenzione, educazione e promozione alla salute e riferiscono al primo centro di cura (HC) i casi da trattare. Il personale sanitario degli HC, insieme alle WoHO, deve supervisionare e assistere gli operatori sanitari nell'erogazione dei servizi. In tale contesto e con le WoHO, CCM supporterà l'organizzazione di visite di monitoraggio trimestrali presso ciascun HP per la raccolta/verifica dei dati, la discussione dei casi e il confronto con gli operatori. Un rapporto dettagliato sarà preparato dopo ogni visita per proporre azioni correttive e migliorare qualità ed efficacia dei servizi.

RA2) Cambiamento culturale nei confronti della salute materna promosso tra le donne e le comunità

Per aumentare l'utilizzo dei servizi di salute materna, il progetto coinvolgerà le *Women Development Army* (WDA) e si servirà dei media locali. Si stima di educare almeno **6.000 tra donne e uomini** tramite eventi *ad hoc* e di raggiungere oltre **100.000 abitanti**¹⁶ attraverso campagne di sensibilizzazione di massa. Le attività includono:

2.1 Formazione di donne della comunità che diventino modelli positivi e promuovano il cambiamento culturale volto a migliorare la salute materna. Nelle aree d'intervento sono già presenti WDA formate per mobilitare, informare e educare altre donne su igiene individuale e comunitaria. L'azione intende formare le WDA sui concetti di base della salute materna, perché possano diventare *modelli* anche nella promozione della salute materna. ZHB e WoHO dovranno approvare contenuti e metodologie di tali formazioni. Il progetto mira a formare **240 WDA**.

2.2 Sviluppo e produzione di materiale informativo e di WDA kit per facilitare la comunicazione e educazione delle donne e delle comunità. Un esperto locale in comunicazione assunto dal progetto produrrà materiali didattici e informativi tarati sul tasso di alfabetizzazione della regione (disegni, fumetti) e svilupperà messaggi adatti al contesto socio-culturale. Un kit educativo sarà fornito a ogni gruppo di WDA per facilitare l'organizzazione di eventi e conversazioni comunitarie. La collaborazione con ZHB e WoHO servirà a realizzare *brochure* e materiale visivo in linea con le indicazioni regionali.

2.3 Conversazioni comunitarie per promuovere la discussione tra donne e il coinvolgimento degli uomini nella promozione della salute materna. La *cerimonia del caffè* o altri eventi tipici forniranno l'occasione per fare informazione e stimolare il dialogo sulla salute materna: le WDA illustreranno a donne e uomini rischi e pericoli della gravidanza e del parto e favoriranno l'identificazione di strategie comunitarie per aumentare l'utilizzo dei servizi di cura.

2.4 Workshop con leader religiosi e di villaggio per avere supporto politico/religioso nel processo di cambiamento culturale. Nella società etiopica, i leader religiosi e culturali possono avere molta influenza

¹⁶ Stima basata sul dato relativo alla percentuale di famiglie che hanno accesso alla radio (70% secondo il censimento 2007)



sulle comunità. Per favorire il cambiamento comportamentale promosso dalle WDA saranno organizzati 3 workshop (per i leader politico-religiosi afferenti a ciascun HP), per un totale di **144 workshops**.

2.5 Diffusione di messaggi educativi e promozionali attraverso i media. Per favorire l'adozione di comportamenti salutari, i concetti immessi sul territorio attraverso WDA e *leaders* di opinione saranno rafforzati da messaggi educativi diffusi dai media locali (radio e televisione). I messaggi saranno discussi con le autorità locali per assicurarne la comprensione e accettabilità nel contesto d'intervento.

RA3) Reti Comunitarie di operatori sanitari e donne capaci di promuovere una continua interazione tra attori della salute e di identificare azioni volte ad aumentare l'accesso alle cure create

L'avvio di *reti comunitarie della salute* formate da tecnici e beneficiari dei servizi stimolerà il lavoro di gruppo per identificare strategie locali sostenibili per aumentare l'accesso alle cure. Si mira a costituire una *rete* per HP (**48 reti comunitarie**), mediante le seguenti attività:

3.1 Formazione di reti comunitarie, composte da operatori in prima linea e donne di comunità, per ciascun HP supportato dal progetto. Per ciascun HP saranno selezionati 2 HEW, 5 donne dei WDA e 3 TBA a costituire la *rete* di riferimento, che si incontrerà ogni mese: il confronto tra persone con diversi punti di vista, capacità e competenze sarà il valore aggiunto dell'approccio, volto a identificare strategie locali sostenibili e culturalmente accettate per aumentare l'accesso ai servizi di salute riproduttiva.

3.2 Incontri mensili delle reti comunitarie, per discutere difficoltà e barriere che ostacolano l'accesso alle cure e identificare interventi per superarle. CCM lavorerà con le WoHO per facilitare gli incontri mensili delle *reti comunitarie della salute*. Ciascun membro avrà un ruolo preciso: gli HEW rappresenteranno il sistema sanitario e assisteranno le WDA negli eventi di educazione comunitaria, le WDA daranno voce alle donne e approfondiranno gli aspetti socio-culturali che deprimono l'uso dei servizi sanitari, le TBA animeranno la discussione su usi e tradizioni legati alla salute riproduttiva. Dagli incontri dovranno emergere idee concrete e condivise su come aumentare l'utilizzo dei servizi.

3.3 Ricerca operativa per analizzare approcci e strategie delle reti comunitarie e valutare la loro efficacia sui processi di cambiamento di comportamento tra le donne e nelle comunità. Difficoltà e risultati delle *reti comunitarie* e la valutazione dell'efficacia di questo nuovo approccio saranno oggetto di una ricerca operativa che analizzerà punti di forza e debolezza di ciascuna rete, confrontando le varie esperienze. I risultati della ricerca saranno pubblicati e condivisi con le controparti istituzionali e le organizzazioni di settore.

3.4 Supporto finanziario alle iniziative comunitarie per facilitare l'accesso alle cure. La barriera più comune all'accesso alle cure è il trasporto dalle comunità locali alle strutture sanitarie¹⁷. L'azione prevede di istituire un fondo per supportare l'attuazione di strategie comunitarie e sistemi autogestiti di trasporto (taxi, minibus e trasporti privati) che facilitino il trasporto delle emergenze, in particolare ostetriche, al più vicino HC.

RA4) Autorità e operatori sanitari formati e capaci di assicurare l'erogazione di servizi di qualità, coordinare le attività delle reti comunitarie e promuovere la condivisione di risultati e best practices

Gli uffici sanitari delle 8 *woreda* (WoHO) coinvolte sono responsabili di tutte le attività di salute primaria sul territorio di competenza, il miglioramento delle loro capacità nella supervisione dei servizi, raccolta dati e coordinamento delle attività comunitarie è pertanto essenziale.

4.1 Formazione di operatori e autorità sanitarie per aumentarne le capacità di coordinamento e supervisione. I membri del Bale ZHB e degli 8 WoHO (**20 persone**) saranno formati su temi risultati prioritari a seguito di consultazioni con le autorità di riferimento (raccolta/analisi dati, pianificazione/monitoraggio attività, gestione risorse umane, logistica). Ai moduli teorici seguiranno sessioni pratiche (visite di monitoraggio guidate degli HP). Il Bale ZHB sarà coinvolto in ogni fase dell'attività e ne dovrà approvare contenuti e metodologie.

4.2 Workshop annuali a livello di zona per discutere e condividere risultati e difficoltà delle attività delle reti comunitarie per la salute. Verranno organizzati seminari annuali per il confronto tra *reti* e per l'analisi dell'approccio comunitario, favorendo l'adozione di azioni correttive se necessario.

4.3 Pubblicazione e disseminazione dei risultati di progetto a livello regionale. I risultati del progetto saranno diffusi tra gli addetti di settore per condividere esperienze e *lessons learnt*, nonché facilitare la possibile replicazione dell'intervento in contesti simili a livello regionale e/o nazionale.



4.4 Supporto nell'approvvigionamento e mantenimento di attrezzature essenziali. ZHB e WoHO forniscono attrezzature, farmaci e materiale di consumo alle strutture sanitarie del territorio. L'*assessment* condotto nel settembre 2012 non ha rilevato particolari esigenze di rifornimento. Tuttavia, il progetto si propone di complementare gli stock attuali con farmaci/attrezzature difficilmente reperibili nel paese o non accessibili al sistema sanitario pubblico. La lista di tali beni sarà concordata con le autorità competenti per garantire l'acquisto di strumenti utili e basati sull'impiego di tecnologie note. Attenzione sarà rivolta alla custodia e manutenzione delle attrezzature già in uso.

7. ASPETTI METODOLOGICI

Max.2000 battute

Il progetto si basa su 4 approcci metodologici:

1. **formazione tecnica degli operatori sanitari in prima linea:** tutte le formazioni saranno basate su metodologie di insegnamento sostenibili, replicabili e adatte al contesto (lezioni frontali con sussidi didattici tarati sul livello d'istruzione degli HEW; lezioni pratiche con simulazioni; assistenza tecnica da parte di personale qualificato). Le lezioni frontali saranno pianificate con lo ZHB, seguendo linee guida nazionali. Visite trimestrali di supervisione consentiranno agli HEW di acquisire confidenza con i servizi offerti e migliorare le relazioni interpersonali con i pazienti.
2. **partecipazione delle donne alla tutela della propria salute:** veicolo primo dell'aumentata presa di coscienza delle donne sulla disponibilità di servizi sanitari di qualità saranno le WDA, coinvolte nell'educazione sanitaria casa per casa e nell'organizzazione di discussioni sulle problematiche della salute materna. Le WDA avranno a disposizione materiale informativo visivo e *kit educativi* e lavoreranno in stretto coordinamento con HEW e TBA per sviluppare un'azione integrata.
3. **creazione di reti comunitarie:** la formazione di reti di scambio tra personale tecnico qualificato (HEW), beneficiari dell'azione (donne e WDA) ed operatori sanitari tradizionali (TBA) rappresenta il tratto più originale dell'intervento ed offre un'occasione unica di confronto tra punti di vista differenti, per identificare insieme strategie d'azione comuni. La condivisione di tale esperienza con le autorità sarà utile a valutarne l'efficacia ed a verificarne la replicabilità in altre zone.
4. **formazione tecnica e gestionale delle autorità sanitarie:** il *capacity building* istituzionale risponde al bisogno di migliorare la gestione delle strutture sanitarie ed il controllo dal basso delle prestazioni, favorire l'*ownership* dell'iniziativa da parte delle autorità locali e potenziare il sistema di coordinamento tra istituzioni sanitarie di distretto e zona.

8. CRONOGRAMMA

Schema/tabella

Essendo il CCM già presente ed esperto della zona di intervento, si ritiene che il progetto presenti bassi rischi. Le seguenti misure verranno approntate in caso di criticità:

- **Attività preparatorie e iniziali:** (i) l'avvenuta firma dell'accordo preliminare di progetto e la già proficua collaborazione con RHB e ZHB faciliteranno la firma dell'accordo operativo, come da normativa etiopica, (ii) l'ufficio CCM di Goba è in funzione e dotato di staff adeguato all'avvio delle attività, (iii) le procedure di acquisto del veicolo saranno avviate all'indomani dell'approvazione del progetto, (iv) un *assessment* per aggiornare le priorità sarà pianificato con lo ZHB per tempo, per tramite dello staff CCM già in loco.
- **Attività relative al RA 1:** (i) uno staff CCM sarà dedicato a mantenere i rapporti con i referenti delle controparti, (ii) per gli spostamenti sul territorio, nei primi mesi di progetto sarà utilizzato il veicolo già in dotazione del CCM, sufficiente allo svolgimento delle attività preparatorie, (iii) nella pianificazione del piano di monitoraggio presso gli HP, si terrà conto delle condizioni meteo (durante la stagione secca si intensificheranno le visite presso le strutture difficilmente accessibili durante le piogge).

Attività relative al RA 2 ed al R3: (i) l'avvio di tali attività è previsto solo dal 7°-8° mese per permettere di approfondire, in precedenza, la conoscenza del territorio e individuare le WDA con cui collaborare ed i leader da educare, (ii) la produzione di materiale per le formazioni sarà facilitata



dalla pregressa esperienza del CCM in materia e della collaborazione con le autorità competenti (si conoscono l'iter di approvazione del materiale e le capacità di stampa in loco o ad Addis Abeba), (iii) si assumerà staff locale con competenze e TdR specifici per ciascuna attività (educazione, formazione, assistenza tecnica, comunicazione)

- Attività relative al RA 4: (i) l'organizzazione di workshop sarà flessibile e terrà conto di eventuali impegni istituzionali degli uffici coinvolti o concomitanza di altri eventi, (ii) tutta la documentazione di progetto sarà conservata presso gli uffici CCM sia di Goba sia di Addis per facilitarne la consultazione da parte dell'esperto incaricato della ricerca finale. In fase di indagine, questi avrà a disposizione almeno uno staff di progetto ed un veicolo per la raccolta di dati sul campo, nonché i necessari supporti tecnici ed informatici.

In caso di dimissioni anticipate da parte di staff fondamentale di progetto, altro personale CCM ne svolgerà temporaneamente le funzioni in attesa che la posizione venga nuovamente coperta.



e best practices														
Attività 4.1. Formazione di operatori e autorità sanitarie per aumentare le capacità di coordinamento e supervisione														CCM, ZHB
Attività 4.2. Workshop annuali a livello di zona per discutere e condividere risultati e difficoltà delle attività delle reti comunitarie per la salute														CCM, ZHB
Attività 4.3. Pubblicazione e disseminazione dei risultati di progetto a livello regionale.														CCM, ZHB
Attività 4.4. Supporto nell'approvvigionamento e mantenimento di attrezzature essenziali														CCM, ZHB, WoHO
Attività ricorrenti e conclusive														
Elaborazione del Piano Operativo Globale (POG) e dei Piani Operativi Annuali (POA)														CCM, RHB, ZHB
Visite di monitoraggio dalla sede italiana														CCM, ZHB
Elaborazione dei rapporti di monitoraggio														CCM, ZHB, WoHO
Elaborazione dei rapporti intermedi e finale														CCM, ZHB, RHB
Passaggio di consegne alla controparte locale (hand over)														CCM, RHB, ZHB
Auto valutazione finale														CCM, RHB, ZHB
Firma delle carte e degli accordi necessari per perfezionare l'hand over e chiusura del progetto														CCM, ZHB, WoHO



9. MONITORAGGI E VERIFICHE

Max.2000 battute

Monitoraggio e valutazione in itinere del progetto saranno garantire da:

- Un **sistema di reportistica**, per monitorare l'utilizzo dei servizi da parte della popolazione nelle strutture sanitarie e nelle comunità. I dati saranno raccolti giornalmente nei registri MoH (HMIS), inoltrati al WoHO e consolidati a livello di zona. Le visite di monitoraggio trimestrale consentiranno di verificare la correttezza dei dati su carta e supporto elettronico.
- **Assistenza e supporto tecnico**, offerto da personale tecnico qualificato dello ZHB e del CCM agli operatori delle strutture sanitarie. Laddove si registrino lacune nell'erogazione dei servizi, i gap saranno discussi con le autorità locali per identificare azioni correttive tempestive.
- La formazione di un **Comitato Gestionale**, per pianificare, realizzare e valutare le attività, che si riunirà ogni mese e sarà composto da Direttore del Dipartimento di Salute Materna dello ZHB, capo progetto CCM e Direttore Sanitario dei WoHO. Un **Comitato Direttivo** composto da Rappresentante Paese CCM e Direttore Sanitario dello ZHB sarà incaricato della supervisione generale del progetto, nel rispetto delle procedure e delle linee guida di paese e donatore.
- **Regolari missioni di monitoraggio tecnico** da parte dell'**Health Advisor CCM** per valutare lo stato di avanzamento delle attività, evidenziare eventuali problematiche e proporre azioni correttive. Si prevedono due missioni di 15 giorni/anno. Dopo ciascuna missione una relazione sintetica illustrerà i risultati emersi, le azioni suggerite e il piano correttivo attuato.
- **Missioni tecnico-amministrative dalla sede CCM Italia** per verificare l'andamento del progetto e il rispetto di regole e procedure del paese, del donatore e dell'organizzazione. È prevista una missione di 40 giorni/anno. Rapporti di missione saranno redatti in conformità con i formati del donatore e nei tempi indicati.

Il progetto sarà soggetto ad una valutazione tecnica finale e ad audit amministrativi annuali da parte del Governo etiope (come previsto da normativa locale).

10. SOSTENIBILITA' DEL PROGETTO

Max.4000 battute

Obiettivi e risultati attesi del progetto, misurabili attraverso IOV (n. di pazienti degli HP, n. di parti assistite da personale qualificato, n. di donne educate, n. di operatori formati, etc.), potranno impattare positivamente sulle comunità beneficiarie grazie al miglioramento delle condizioni di salute delle donne, soprattutto durante gravidanza, parto e puerperio. Ciò contribuirà al benessere familiare, essendo la donna responsabile della cura dei figli e della gestione domestica.

L'approccio *tra pari* tramite le WDA favorirà l'effetto moltiplicatore del progetto, nel momento in cui le donne sensibilizzate, convinte dell'utilità dei servizi di salute riproduttiva e loro prime utenti, potranno diventare a loro volta modelli per altre donne e/o indurre un cambio di atteggiamento nei partner. La circoscrizione geografica dell'intervento faciliterà la diffusione dei messaggi veicolati, il monitoraggio e la realizzazione di uno studio sull'efficacia dell'approccio comunitario. Le esperienze saranno confrontate e le *best practices* pubblicizzate per favorirne la replicazione altrove. La condivisione degli esiti della ricerca con le istituzioni ne consentirà la circolazione tra i vari *stakeholders*, con esiti di maggiore visibilità.

Il progetto è ritenuto sostenibile sotto il profilo:

- **Finanziario**: (i) gli operatori sanitari delle strutture formate dal progetto sono già parte del sistema pubblico, (ii) il funzionamento delle strutture è garantito da MoH e RHB, responsabili della fornitura di medicinali, materiali di consumo e attrezzature, (iii) le controparti di progetto (ZHB e WoHO) sono finanziariamente dipendenti dal MoH, (iv) le WDA sono preesistenti al progetto ed autofinanziate, (v) il proseguimento delle reti comunitarie dopo l'intervento avrà costi molto bassi, facilmente coperti con il coinvolgimento delle comunità beneficiarie. Unica componente a rischio di sostenibilità finanziaria è la continuità del monitoraggio dei servizi, che richiede capacità logistiche di cui WoHO e ZHB potrebbero essere deficitarie. Il *capacity building* istituzionale mira a contenere il rischio,



fornendo alle controparti gli strumenti per pianificare al meglio l'uso delle risorse.

- **Istituzionale:** in Etiopia la normativa che regola le iniziative di cooperazione impone che l'ONG promotrice sia registrata presso le autorità competenti (*Charities and Societies Agency*) e abilitata a condurre progetti di sviluppo. Il CCM è registrato sin dal 1998 e nel 2013 ha ottenuto un ri-accreditamento triennale. Il progetto intende avviare/potenziare servizi previsti dalle strategie di settore (HSDP), dal piano d'azione sanitario regionale, per la cui realizzazione il personale governativo sarà direttamente coinvolto in ogni fase (*ownership*). RHB, ZHO e WoHO sono coinvolti in ogni fase del ciclo del progetto.
- **Politica:** si auspica che la disseminazione dei risultati del progetto tramite la pubblicazione della ricerca possa fornire conoscenze utili a formare nuovi indirizzi di politica sanitaria del Paese.
- **Ambientale:** grazie all'azione delle WDA, il progetto diffonderà la cultura del rispetto dell'ambiente. Verrà inoltre ricercato il coinvolgimento comunitario per dotare di *placenta pits* ed inceneritori ogni HP che ne sia sprovvisto.

Essendo il cambio di atteggiamento della popolazione circa i servizi di salute riproduttiva obiettivo centrale del progetto, la comunicazione ne è elemento strategico: coinvolgimento di WDA, TBA e leader politico/religiosi, avvio di reti comunitarie, produzione di materiale educativo e organizzazione di campagne – anche mediatiche – sono azioni non solo di informazione ma anche di visibilità all'azione in loco. La conoscenza del progetto a livello paese sarà garantita dalla condivisione con istituzioni e donatore dei rapporti di progetto e dalla pubblicazione della ricerca. In Italia, il CCM darà spazio al progetto e al donatore tramite sito web, newsletter, convegni e eventi legati alla campagna Sorrisi di Madri Africane.

11. RISORSE UMANE, FISICHE E FINANZIARIE

Max.6000 battute

Per realizzare le attività di progetto saranno impiegate le seguenti risorse:

- **RA1:** entrambe le attività richiedono il coinvolgimento di personale tecnico locale (formatori, supervisore HO, medico, ufficiale sanitario e HEW), l'acquisto di attrezzature, materiale didattico e kit per HEW e *outreach*, e risorse per le formazioni (trasporti in loco, onorari formatori);
- **RA2:** tutte le attività con le WDA saranno affidate ad un educatore di comunità, con la partecipazione di esponenti della società. Per le attività 2.1, 2.2 e 2.3 saranno utilizzate le risorse allocate per gli incontri di sensibilizzazione e formazione. Per le attività 2.4 e 2.5 risorse *ad hoc* sono previste per produrre il materiale di IEC e per le campagne mediatiche, per la cui realizzazione saranno coinvolti un esperto IEC e consulenti degli uffici territoriali competenti.
- **RA3:** Per le attività 3.1 e 3.2 saranno impiegate le medesime risorse umane, tecniche e finanziarie utili alle attività 2.1 – 2.3. Per l'attività 3.3, le risorse messe a disposizione per la ricerca operativa (voce 6.1.2 del piano finanziario) serviranno a consentirne la produzione (rimborso spese per spostamenti, vitto, alloggio e raccolta dati da parte del ricercatore), la traduzione (italiano/inglese, eventualmente in lingua locale) e pubblicazione in Etiopia. Il ricercatore sarà un volontario da selezionare, con pregressa esperienza nel settore e nell'attività di ricerca, cui verrà garantita assistenza logistica tramite lo staff operativo di progetto. Per l'attività 3.4 è prevista l'istituzione di un capitale (dettagliato nella rubrica 7. Altro) per il supporto di un sistema comunitario autogestito di trasporto per emergenze ostetriche in due distretti.
- **RA4:** l'assistente capo progetto sarà il principale responsabile dei rapporti con le controparti operative e, in particolare, della realizzazione delle attività 4.1, 4.2 e 4.3 (nonché della redazione di tutti i rapporti interni e della verifica dei dati raccolti negli HP). Questi, insieme con consulenti e staff dello ZHB (supervisore HP, medico e ufficiale sanitario e HEW) dovrà anche predisporre la lista di attrezzature, medicinali e altro materiale sanitario (attività 4.4) che il progetto potrà fornire agli HP delle 8 woreda di intervento, grazie alle risorse appositamente stanziare (voci 3.1.4.1 e 3.2.1.2 del piano finanziario).

Per l'efficace svolgimento del progetto occorre:

- Acquistare, mantenere e manutene un'auto 4x4 per le attività sul territorio, mantenere una sede di progetto a Goba (coprendone i costi di funzionamento, attrezzature e cancelleria),



- coprire le spese di viaggio (dall'Italia ed in loco) del personale di progetto.

Apporto valorizzato della controparte sono i costi di gestione (375 Euro mensili per carburante, manutenzione e ammortamento) delle 3 ambulanze della zona atte a riferire le emergenze ostetrico-ginecologiche dai centri di salute primaria a quelli di salute secondaria sul territorio.

Le risorse umane trasversali all'intervento e coinvolte, con diversi ruoli, in ogni attività sono:

- **Personale espatriato:** 1 capo progetto (background: gestione di progetti di sviluppo, se possibile socio-sanitari), da assumere con contratto da cooperante MAE per l'intera durata del progetto;
- **Consulenti:** (i) le consulenze in Italia, tutte come apporto valorizzato, sono offerte da personale basato presso la sede CCM Italia e che fornirà assistenza a distanza al capo progetto sull'organizzazione delle formazioni, la revisione dei rapporti interni e per il donatori, l'analisi delle specifiche tecniche di attrezzature sanitarie, l'amministrazione delle spese Italia, la supervisione della contabilità generale di progetto e l'osservanza delle procedure d'acquisto. Si calcola che ogni consulente (2) dedichi 90 giorni/anno al progetto valorizzato 130 Euro/giorno. (ii) le consulenze in loco saranno fornite da un *Health Advisor* ed un esperto in monitoraggio CCM, responsabili rispettivamente della supervisione tecnica al progetto e del coordinamento con le autorità regionali ed il donatore, che dedicheranno il primo 30 ed il secondo 45 giorni/anno al progetto.
- **Personale in missione di monitoraggio:** dalla sede CCM Italia è prevista 1 missione/anno di 40 giorni ciascuna, da parte del desk Etiopia (per monitoraggio tecnico-gestionale) o del referente contabile (per monitoraggio amministrativo).
- **Personale locale** è composto da: (i) staff operativo: 1 assistente capo progetto a tempo pieno (background in salute pubblica) per l'assistenza al coordinamento e le relazioni con le controparti operative, 2 logisti (uno a Goba ed uno ad Addis, quest'ultimo part time) per agevolare spostamenti ed acquisti, 2 autisti (uno a Goba ed uno ad Addis, quest'ultimo part time), 6 tra guardie e addetti alle pulizie per l'ufficio di progetto. (ii) staff amministrativo: 1 amministratore contabile a tempo pieno per la contabilità ordinaria in Bale, con la supervisione dell'amministratore paese per la gestione delle spese effettuate ad Addis ed il coordinamento con CCM Italia. (iii) personale tecnico (tutti a tempo pieno per l'intera durata del progetto): 2 formatori (CV approvati dalle autorità competenti) per le formazioni del personale sanitario, 1 esperto IEC per la produzione di materiale di sensibilizzazione, 1 educatore per le attività con le comunità e un ostetrico/infermiere per la supervisione degli HP. Quale valorizzazione della controparte: lo staff delle strutture sanitarie beneficiarie del progetto (5 medici, 36 infermieri/ostetrici, 60 HEW), ciascuno con retribuzione mensile che rispetta i parametri nazionali, e calcolati per 12 mesi/anno. Si ricorrerà anche a (iv) consulenze da parte di personale locale (staff ZHB, WoHO) per la valutazione del materiale didattico ed educativo, l'assistenza nella raccolta dati, nel monitoraggio e nel coinvolgimento comunitario (per un costo massimo di 50 Euro/giorno per consulente).

I costi per revisore contabile e spese generali rispettano i massimali indicati.

12. PIANO FINANZIARIO

Max.8000 battute + Tabella

1. RISORSE UMANE

1.1 Personale espatriato:

Il progetto assumerà un cooperante Capo Progetto, cui si richiedono competenze nella gestione di progetti di cooperazione, precedente esperienza nei PVS e, preferibilmente, background sanitario. In collaborazione con ZHB e WoHO, questi pianificherà e coordinerà le attività, gestirà le risorse, parteciperà ai monitoraggi e preparerà relazioni tecniche e finanziarie per autorità e donatore. Il trattamento economico segue i parametri MAE per i cooperanti in fascia A. La retribuzione lorda totale del cooperante capo progetto prevista per 3 anni ammonta a 147.600 Euro (4.100 Euro/mese).

1.2 Consulenti:

Per le consulenze in Italia (1.2.1) il progetto si avvarrà di staff della sede CCM Italia, il cui contributo sarà valorizzato in 90 giorni/anno per ciascuno dei 2 consulenti (esperto in salute pubblica e formazione, amministratore), per un compenso di 130 Euro/giorno. Il valore complessivo annuo è di 11.700 Euro/consulente, per un totale di 35.100 Euro/consulente nei 3 anni.



Consulenti in loco (1.2.2) saranno un esperto in salute pubblica ed un esperto in monitoraggio progetti, che dedicheranno rispettivamente 30 e 45 giorni/anno al progetto, il primo per fornire assistenza tecnica, il secondo per garantire la corretta implementazione del progetto e il coordinamento con autorità regionali, donatore e CCM Italia. Il valore di tali consulenze ammonta a 6.000 Euro/anno per l'esperto sanitario e 9.000 Euro/anno per l'esperto in monitoraggio, per un totale complessivo di 45.000 Euro nei 3 anni.

1.3 Personale in missione di monitoraggio:

Per ogni annualità è prevista 1 missione di monitoraggio dall'Italia (tecnica e/o amministrativa), per un totale di 40 giorni/anno e un compenso di 200 Euro/giorno, e diverse missioni di monitoraggio da parte delle autorità locali remunerate a 50 Euro/giorno. Il totale previsto per le missioni di monitoraggio nei 3 anni ammonta a 27.000 Euro.

1.5 Personale locale:

Il progetto si avvarrà del seguente personale operativo (1.5.1):

- *Assistente capo progetto (esperto di salute pubblica):* affiancherà il capo progetto nella pianificazione e nel monitoraggio per verificare l'erogazione di servizi di qualità negli HP e nelle comunità.
- *Logista:* basato a Goba, acquisterà, stoccherà e distribuirà il materiale di progetto. Si ricorrerà part time (25%) anche al logista della sede CCM di Addis Abeba per gli acquisti in capitale.
- *Autista:* sarà assunto 1 autisti, basato a Goba e si ricorrerà part time all'autista della sede CCM di Addis Abeba per le attività del progetto in capitale.
- *Personale di supporto:* occorreranno 3 guardiani, 2 addetti alle pulizie e 1 cuoco per l'ufficio di progetto a Goba.

Il personale amministrativo (1.5.2) sarà composto da:

- *Amministratore contabile:* da Goba, gestirà la contabilità del progetto supervisionato dall'amministratore paese CCM, basato ad Addis Abeba.

Il Personale tecnico (1.5.3) includerà:

- *Formatori:* 2 persone con qualifiche sanitarie e precedente esperienza dovranno programmare, gestire e supervisionare le attività di formazione sanitaria. Forniranno inoltre assistenza tecnica ai formatori degli HC e agli HEW.
- *Esperto in attività di IEC,* con formazione in sanità pubblica ed esperienza nella sensibilizzazione comunitaria. L'esperto coordinerà le attività d'informazione e comunicazione rivolte a donne e comunità, sviluppando materiali didattici e kit per le WDA.
- *Educatore di comunità:* una persona (preferibilmente donna) con esperienza in sensibilizzazione comunitaria e buona conoscenza della salute materna assisterà l'esperto in IEC, gestendo le sessioni di educazione e supervisionando il lavoro delle WDA.
- *Ostetrico/a:* insieme con i WoHO, garantirà la supervisione degli HP e l'assistenza tecnica agli HEW, soprattutto per i servizi prenatali e l'assistenza qualificata al parto.
- La controparte darà un contributo valorizzato di 60.000 Euro/anno con un incremento del 5% per il II e III anno di progetto, per lo staff in forza agli HP target del progetto (5 medici, 36 infermieri/ostetrici, 48 HEW).

1.5.4 Altro:

- Il progetto riconoscerà indennità di extra servizio a quanti svolgeranno eccezionalmente mansioni fuori dagli orari di lavoro o dai TdR (1.000 Euro/anno) e si avvarrà di consulenze puntuali (3.500 Euro/anno) in ambito di salute, formazione e comunicazione. È previsto un onorario per i docenti delle formazioni di 120 Euro/giorno/formatore.

Gli stipendi del personale locale sono basati sulle griglie in uso in Etiopia per figure delle qualifiche richieste e con analoghe mansioni. Il costo include le tasse a carico del datore di lavoro e l'indennità di fine servizio, previste dalla normativa sul lavoro etiope (per un contratto di tre anni, ammonta a 2,6 volte lo stipendio mensile di base). Si prevede un incremento progressivo annuale della retribuzione nei 3 anni di progetto. Il costo totale del personale locale addetto ammonta a 158.580 Euro per la prima annualità (di cui 60.000 valorizzati dalla controparte) e 498.294 Euro nei tre anni di progetto (di cui 188.892 Euro valorizzati).

1.6 Borse di studio:

Sono riconosciute le spese di vitto e alloggio dei beneficiari delle formazioni per un ammontare forfettario di 80 Euro/giorno. Le spese nel triennio ammontano ad un totale di 63.600 Euro per formare 96 HEW, 240 WBA e 144 TBA.

2. VIAGGI E RIMBORSI

- **2.1 e 2.2:** saranno coperti i costi di viaggio del cooperante e dei familiari a carico, dei consulenti per missioni di monitoraggio e valutazione, il trasporto degli effetti personali del cooperante capo progetto. Il totale previsto per il triennio è di 10.000 Euro per i viaggi internazionali e 900 Euro per il trasporto degli effetti personali.



- 2.3: I costi di trasporti in loco copriranno gli spostamenti di formatori e formati (800 Euro/anno) e di WBA, HEW, TBA e *opinion leaders* coinvolti nelle sensibilizzazioni comunitarie (720 Euro/anno).
- 2.4: Si copriranno le 'Assicurazioni' per i consulenti in missione e i visti/documenti necessari per lavorare in Etiopia (690 Euro/anno).

3. TERRENI, OPERE, ATTREZZATURE, FORNITURE

- Le spese di investimento (3.1) comprendono (i) la ristrutturazione degli HP (3.200 Euro/anno per un totale di 9.600 Euro nei tre anni), (ii) piccole strumentazioni sanitarie per gli stessi HP (20.000 Euro nel triennio), (iii) arredi da ufficio e attrezzature informatiche (per un valore complessivo di 5.200 Euro), (iv) un'auto 4x4 (30.000 Euro al primo anno), (v) i costi di trasporto del materiale acquistato (per un totale di 4.000,00 Euro al termine del progetto).
- Le spese di gestione in loco (3.2) riguardano (i) materiali/beni non durevoli come kit per HEW, medicinali e consumabili sanitari, materiale didattico e di IEC (7.920 Euro al primo anno, 23.760 Euro al termine del progetto), (ii) piccole attrezzature deperibili da ufficio e cancelleria (4.000,00 Euro al primo anno, 12.000 Euro al termine del progetto), (iii) l'affitto dell'ufficio di Goba e, in quota, della sede CCM Addis (5.400 Euro/anno per un totale di 16.200 Euro), (iv) le utenze, nella stessa proporzione (4.200 Euro/anno per un totale di 12.600 Euro), (v) i costi di gestione (carburante, assicurazione e manutenzione) dei veicoli di progetto (19.200 Euro/anno) e di 3 ambulanze valorizzate (13.500 Euro/anno).

4. SERVIZI ESTERNI

- Costi bancari (4.2): stimati in 60 Euro/anno per un totale di 180 Euro;
- Revisione contabile (4.3): 4.000 Euro al primo anno, in totale 12.000 Euro al termine del progetto.
- Valutazione tecnica finale (4.4): 3.000 Euro l'ultimo anno.

6. COMUNICAZIONE, RELAZIONI ESTERNE

- Tra i costi di visibilità e sensibilizzazione (6.1) si calcolano gli incontri di educazione comunitaria (3.900 Euro/anno per un totale di 11.700 Euro al termine del progetto) e la traduzione e pubblicazione della ricerca (5.000 Euro, al terzo anno).

7. ALTRO

- L'attività, della durata di 30 mesi, è realizzata da due coordinatori distrettuali (indennità 20 Euro/mese per un totale di 1.200 Euro). È previsto un contratto part-time per 6 autoveicoli (120 Euro/mese - costo totale 3.600 Euro). Il costo del viaggio è pari a 50 Euro e si prevede la copertura di 304 viaggi.

8. SPESE GENERALI

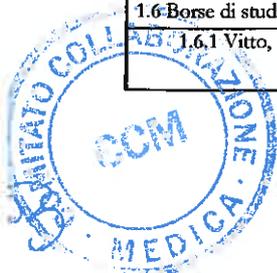
Le spese generali valgono il 12% del sub-totale generale: 48.051,60 Euro al primo anno, 138.307,68 Euro complessivi per i tre anni del progetto.

Il valore del progetto è di 1.290.871,68 Euro, di cui 448.481,60 Euro al primo anno.

Si richiede alla DGCS un contributo di 903.610,18 Euro pari al 70% del totale complessivo del progetto, di cui 314.000,10 Euro al primo anno.



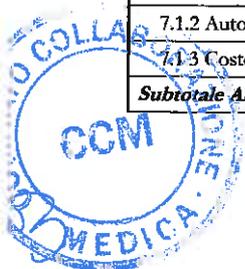
Piano finanziario	Totale				%	Anno 1				%
	Unità	N. Unità	Costo unitario (in €)	Costo totale (in €)		Unità	N. Unità	Costo unitario (in €)	Costo totale (in €)	
1. Risorse umane										
1.1 Personale espatriato				147600	11%				49200	11%
1.1.1 Volontari										
1.1.2 Cooperanti				147600	11%				49200	11%
1.1.2.1 Trattamento economico cooperante capo progetto	mese	36	4100	147600	11%	mese	12	4100	49200	11%
1.2 Consulenti				115200	9%				38400	9%
1.2.1 Consulenti in Italia				70200	5%				23400	5%
1.2.1.1 Consulenti per la salute e formazione	per diem	270	130	35100	3%	per diem	90	130	11700	3%
1.2.1.2 Consulenti per l'amministrazione	per diem	270	130	35100	3%	per diem	90	130	11700	3%
1.2.2 Consulenti in loco				45000	3%				15000	3%
1.2.2.1 Health Advisor	per diem	90	200	18000	1%	per diem	30	200	6000	1%
1.2.2.2 Esperto monitoraggio	per diem	135	200	27000	2%	per diem	45	200	9000	2%
1.3 Personale in missione di monitoraggio				27000	2%				9000	2%
1.3.1 Monitoraggio progetto	per diem	120	200	24000	2%	per diem	40	200	8000	2%
1.3.2 Monitoraggio autorità locali	per diem	60	50	3000	0%	per diem	20	50	1000	0%
1.4 Formazione e perfezionamento personale espatriato										
1.4.1 Formazione generale										
1.4.2 Formazione specialistica										
1.5 Personale locale				498294	39%				158580	35%
1.5.1 Personale operativo				113094	9%				35880	8%
1.5.1.1 Assistente capo progetto (esperto in salute pubblica)	mese	36	1261	45396	4%	mese	12	1200	14400	3%
1.5.1.2 Logista	mese	36	451,83	16266	1%	mese	12	430	5160	1%
1.5.1.3 Autista	mese	72	367,83	26484	2%	mese	24	350	8400	2%
1.5.1.4 Guardie, addetti alla pulizia	mese	216	115,5	24948	2%	mese	72	110	7920	2%
1.5.2 Personale amministrativo				33666	3%				10680	2%
1.5.2.1 Amministratore contabile	mese	36	935,16	33666	3%	mese	12	890	10680	2%
1.5.3 Personale tecnico				325074	25%				103200	23%
1.5.3.1 Formatori	mese	72	630,5	45396	4%	mese	24	600	14400	3%
1.5.3.2 Esperto IEC	mese	36	945,66	34044	3%	mese	12	900	10800	2%
1.5.3.3 Educatore di comunità	mese	36	630,5	22698	2%	mese	12	600	7200	2%
1.5.3.4 Ostetrico/infermiere (supervisione HP)	mese	36	945,66	34044	3%	mese	12	900	10800	2%
1.5.3.5 Medico	mese	180	231	41580	3%	mese	60	220	13200	3%
1.5.3.6 Ufficiale sanitario (ostetrico/infermiere)	mese	1296	79	102384	8%	mese	432	75	32400	7%
1.5.3.7 HEW	mese	1728	26	44928	3%	mese	576	25	14400	3%
1.5.4 Altro				26460	2%				8820	2%
1.5.5.1 Diarie, riconoscimento straordinari per staff di progetto e consulenti locali	per diem	270	50	13500	1%	per diem	90	50	4500	1%
1.5.5.2 Onorario per docenti	per diem	108	120	12960	1%	per diem	36	120	4320	1%
1.6 Borse di studio				63600	5%				21200	5%
1.6.1 Vitto, alloggio per partecipanti alle formazioni	per diem	795	80	63600	5%	per diem	265	80	21200	5%



Subtotale risorse umane				851694	66%				276380	62%
2. Viaggi e rimborsi										
2.1 Viaggi internazionali				10000	1%				3000	1%
2.1.1 Viaggio cooperante capo progetto e familiari a carico	volo	3	2000	6000	0%	volo	1	2000	2000	0%
2.1.2 Viaggi per missioni di monitoraggio	volo	3	1000	3000	0%	volo	1	1000	1000	0%
2.1.3 Viaggio per missione di valutazione tecnica finale	volo	1	1000	1000	0%	volo	0	1000	0	0%
2.2 Trasporto degli effetti personali per volontari e cooperanti				900	0%				300	0%
2.2.1 Trasporto effetti personali cooperante capo progetto e familiari a carico	una tantum	3	300	900	0%	una tantum	1	300	300	0%
2.3 Trasporti in loco				4560	0%				1520	0%
2.3.1 Costi di viaggio per partecipanti alle formazioni	per diem	600	4	2400	0%	per diem	200	4	800	0%
2.3.2 Altri trasporti locali (bus, taxi, noleggio mezzi, etc.) per attività di sensibilizzazione comunitaria	per diem	216	10	2160	0%	per diem	72	10	720	0%
2.4 Assicurazioni				2070	0%				690	0%
2.4.1 Assicurazioni per viaggi										
2.4.2 Assicurazioni per permanenza in loco				1620	0%				540	0%
2.4.2.1 Assicurazione per personale in missione di monitoraggio	mese	9	180	1620	0%	mese	3	180	540	0%
2.4.3 Visti per il personale				450	0%				150	0%
2.4.3.1 Visti e altri documenti staff espatriato	unità	9	50	450	0%	unità	3	50	150	0%
2.5 Rimborsi										
Subtotale viaggi e rimborsi				17530	1%				5510	1%
3. Terreni, opere, attrezzature, forniture										
3.1 Spese di investimento				68800	5%				52400	12%
3.1.1 Terreni										
3.1.2 Realizzazione di impianti, infrastrutture e opere civili				9600	1%				3200	1%
3.1.2.1 Riabilitazione HP esistenti	unità	24	400	9600	1%	unità	8	400	3200	1%
3.1.3 Bandi di gara										
3.1.4 Acquisto di macchinari, attrezzature, equipaggiamenti tecnici e utensili				20000	2%				12000	3%
3.1.4.1 Attrezzature sanitarie (piccoli strumenti di ostetricia, neonatologia, ginecologia)	stock	1	20000	20000	2%	stock	1	12000	12000	3%
3.1.5 Acquisto di attrezzature informatiche e arredi				5200	0%				5200	1%
3.1.5.1 Mobili da ufficio/compound (Goba)	stock	1	2000	2000	0%	stock	1	2000	2000	0%
3.1.5.2 Computer, strumenti e software informatici	stock	4	800	3200	0%	stock	4	800	3200	1%
3.1.6 Acquisto e affitto di veicoli				30000	2%				30000	7%
3.1.6.1 Acquisto Auto 4x4	pezzo	1	30000	30000	2%	pezzo	1	30000	30000	7%
3.1.7 Altro				4000	0%				2000	0%
3.1.7.1 Trasporto attrezzature e materiali	una tantum	1	4000	4000	0%	una tantum	1	2000	2000	0%
3.2 Spese di gestione in loco				162660	13%				54220	12%
3.2.1 Acquisto di materiali				23760	2%				7920	2%
3.2.1.1 Kit per HEW e outreach (attrezzi e materiale di consumo)	kit	96	35	3360	0%	kit	32	35	1120	0%
3.2.1.2 Medicine e materiale di consumo per HP	stock	3	4800	14400	1%	stock	1	4800	4800	1%
3.2.1.3 Attrezzature da formazione e materiale didattico	stock	3	1000	3000	0%	stock	1	1000	1000	0%



3.2.1.4 Materiale di IEC (brochure, volantini, posters, etc.)	stock	3	1000	3000	0%	stock	1	1000	1000	0%
3.2.2 Acquisto di cancelleria e piccole forniture per ufficio				12000	1%				4000	1%
3.2.2.1 Piccole attrezzature da ufficio (Goba/Addis)	pezzo	3	1000	3000	0%	pezzo	1	1000	1000	0%
3.2.2.2 Cancelleria	stock	3	3000	9000	1%	stock	1	3000	3000	1%
3.2.3 Affitto di spazi, strutture e terreni				16200	1%				5400	1%
3.2.3.1 Affitto uffici	mese	36	450	16200	1%	mese	12	450	5400	1%
3.2.4 Utenze e piccola manutenzione				12600	1%				4200	1%
3.2.4.1 Utenze (luce, telefono, internet, acqua, etc.)	mese	36	350	12600	1%	mese	12	350	4200	1%
3.2.5 Costi per uso veicoli				98100	8%				32700	7%
3.2.5.1 Benzina auto di servizio	mese	72	400	28800	2%	mese	24	400	9600	2%
3.2.5.2 Assicurazione e manutenzione auto di servizio	mese	72	400	28800	2%	mese	24	400	9600	2%
3.2.5.3 Gestione ambulanza (emergenze ostetriche)	mese	108	375	40500	3%	mese	36	375	13500	3%
3.2.6 Altro										
Subtotale Terreni, opere, attrezzature, forniture				231460	18%				106620	24%
4. Servizi esterni										
4.1 Studi e ricerche connessi alle attività del progetto										
4.2 Costi bancari				180	0%				60	0%
4.2.1 Costi bancari	mese	36	5	180	0%	mese	12	5	60	0%
4.3 Revisione contabile - Audit				12000	1%				4000	1%
4.3.1 Revisore contabile (max 2%)	per diem	60	200	12000	1%	per diem	20	200	4000	1%
4.4 Altri servizi specialistici esterni				3000	0%				0	0%
4.4.1 Valutazione tecnica finale	per diem	15	200	3000	0%	per diem	0	200	0	0%
Subtotale servizi esterni				15180	1%				4060	1%
5. Fondi di dotazione, rotazione e micro-credito										
Subtotale Fondi di dotazione, rotazione e micro-credito										
6. Comunicazione, relazioni esterne e disseminazione dei risultati in Italia e in loco										
6.1 Visibilità, realizzazione di materiale divulgativo, promozionale e di sensibilizzazione				16700	1%				3900	1%
6.1.1 Incontri di sensibilizzazione e workshop (WDA, opinion leaders, reti comunitarie, etc.)	evento	180	65	11700	1%	evento	60	65	3900	1%
6.1.2 Produzione, Traduzione, Pubblicazione ricerca finale di progetto (impatto reti comunitarie)	studio	1	5000	5000	0%	studio	0	5000	0	0%
6.2 Eventi con mass media e social media										
6.3 Campagne di educazione alla cittadinanza mondiale e intercultura										
6.4 Altro										
Subtotale comunicazione, relazioni esterne e disseminazione dei risultati in Italia e in loco				16700	1%				3900	1%
7. Altro										
7.1 Servizio comunitario di trasporto per emergenze ostetriche				20000	2%				3960	1%
7.1.1 coordinatori attività trasporto	mese	60	20	1200	0%	mese	12	20	240	0%
7.1.2 Autoveicoli per trasporto emergenze ostetriche	mese	180	20	3600	0%	mese	36	20	720	0%
7.1.3 Costo trasporto emergenze ostetriche	viaggio	304	50	15200	1%	viaggio	60	50	3000	1%
Subtotale Altro				20000	2%				3960	1%



Subtotale generale				1152564,00	89%				400430,00	89%
8. Spese generali (massimo 12% del Subtotale generale)				138307,68	11%				48051,60	11%
Totale generale				1290871,68	100%				448481,60	100%

	Totale	Contributo DGCS	ONG/Altri	
			Monetario	Valorizzato
TOTALE GENERALE				
1. Risorse umane	276.380,00	164.778,50	28.201,50	83.400,00
2. Viaggi e rimborsi	5.510,00	5.510,00		
3. Terreni, opere, attrezzature, forniture	106.620,00	91.600,00	1.520,00	13.500,00
4. Servizi esterni	4.060,00	4.060,00		
5. Fondi di dotazione, rotazione e microcredito				
6. Comunicazione, relazioni esterne e disseminazione dei risultati in Italia e in loco	3.900,00		3.900,00	
7. Altro	3.960,00		3.960,00	
8. Spese generali	48.051,60	48.051,60		
TOTALE GENERALE	448.481,60	314.000,10	37.581,50	96.900,00

	Totale	Contributo DGCS
Ripartizione Costo totale del progetto e contributo DGCS		
I ANNUALITA'	448.481,60	314.000,10
II ANNUALITA'	411.871,04	287.610,04
III ANNUALITA'	430.519,04	302.000,04

