

UFFICIO

PIANO OPERATIVO GENERALE

PAESE: SUD SUDAN

Titolo: Iniziativa di emergenza nel settore sociosanitario in favore delle vittime della crisi umanitaria

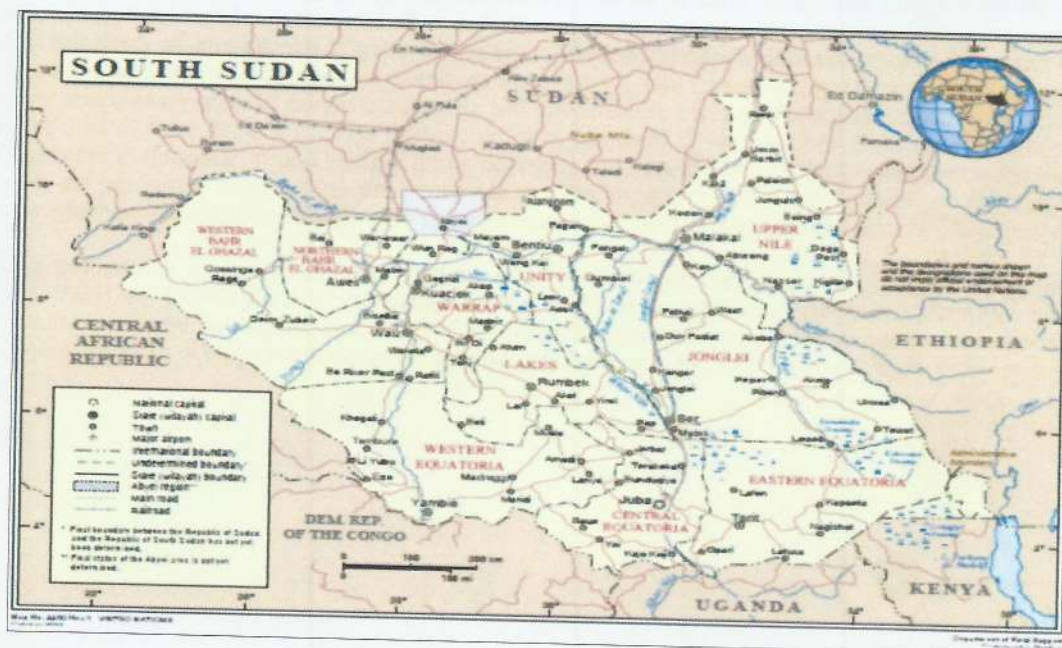
AID: 10678

Importo: 1.500.000€

Delibera: n.149 del 23/10/2015;

Proposta di finanziamento del: 07/10/2015

Ente esecutore: Sede estera AICS/ Addis Abeba/Juba



Data: 23/05/2016

Redazione: Dario Mariani, Esperto esterno MAECI/AICS

Firma del Capo Programma: [Nome e Funzione]

E-mail: dario.mariani@esteri.it

Tel./ Cell: +211955333156

1. CONTESTO NAZIONALE E REGIONALE:

Descrivere il contesto generale del Paese (strategie e piani nazionali, appelli umanitari e simili) soprattutto in relazione all'area e ai settori d'intervento dell'iniziativa e alle relative problematiche. Riportare eventuali approfondimenti sul paese beneficiario in allegato.

Dopo due anni di guerra civile, il 26 aprile 2016 Riek Machar, capo del partito d'opposizione SPLA-IO, ha giurato come Primo Vice Presidente ed il 28 aprile e' stato formato il Governo di Transizione di Unita' Nazionale (TGNU). Questi avvenimenti fanno sperare per una piena cooperazione, riconciliazione e pacifica coesistenza delle due parti in conflitto, anche se molti sono gli ostacoli da superare ed il processo di pacificazione è tutt'altro che certo e acquisito ed i rischi e l'incertezza di un nuovo conflitto permangono altissime.

Secondo l'ultimo rapporto di WFP dell'8 aprile 2016, i rifugiati interni (IDPs) assommano a 1.69 M., i rifugiati sud sudanesi accolti nelle nazioni limitrofe sono 711.960 (OCHA), gli sfollati accolti nei Centri di Protezione per civili (PoC) di UNMISS sono 188.144. E' da notare che la popolazione totale del Sud Sudan e' di circa 13M di abitanti, di cui il 20% vive una condizione di rifugiato. Per quanto riguarda la sicurezza alimentare circa 2.8 M sono ad un elevato rischio di carestia (livello rosso dell'Integrated Food Security Phase Classification), mentre 65.000 sono gia' nella fase di carestia. Inoltre gli sfollati che si sono rifugiati nella capitale Juba sono stimati in circa 200.000 (IPC-FAO, Aprile 2016).

Politicamente il Paese sta vivendo un periodo di relativa calma, a seguito della firma dei trattati di pace dell'agosto 2015 ad Addis Abeba, ma un susseguente decreto presidenziale, che ha stabilito la suddivisione amministrativa del Paese in 28 Stati, ha esacerbato l'insicurezza in varie regioni del Sud Sudan a causa di nuove animosità tra i gruppi etnici.

La caduta del prezzo del petrolio e la corruzione, che permea tutto l'apparato statale, ha portato il Paese sull'orlo della bancarotta. Il Fondo Monetario Mondiale ha stimato l'inflazione a 300% e le riserve in valuta pregiata a soli 100 M di dollari, inoltre il disavanzo finanziario annuale e' pari a circa 1.2 miliardi di dollari. A dicembre 2015 il Governo ha svalutato la sterlina sud sudanese e il suo valore contro il dollaro e' sceso del 1000% (da 3 SSP a 39 SPP per 1 USD).

In Sud Sudan, il 51% della popolazione vive sotto la soglia di povertà di 2 USD al giorno, una persona su tre (circa 3,9 milioni di persone) è a rischio severo di insicurezza alimentare, l'aspettativa di vita è di 42 anni, il 56% della popolazione non ha accesso ai servizi di salute di base. Inoltre una scuola su tre è stata distrutta, o occupata durante il recente conflitto. Gli indicatori sanitari sono fra i peggiori al mondo: i tassi di mortalità materna (2.054 su 100.000 nati vivi), neonatale (102 su 1.000 nati vivi) e infantile (135 su 1.000 nati vivi) rimangono a tutt'oggi tra i più alti al mondo. Tali livelli di mortalità sono legati al difficile accesso ai servizi, soprattutto nelle aree più remote e nelle zone di conflitto del Paese e sono causati da una mancanza di infrastrutture, medicinali, staff formato, strade percorribili e trasporti, e dalle diffuse problematiche culturali, soprattutto in relazione all'uguaglianza di genere (scarsa educazione sanitaria di base, credenze popolari e tradizionali relative al ruolo della donna, alla gravidanza e al parto). Nel Paese si registrano 0,2 contatti per persona e per anno; solamente 10 donne gravide su 100 partoriscono con assistenza sanitaria e meno del 20% dei bambini al di sotto dei due anni ha ricevuto un ciclo completo di vaccinazioni. Il Sistema Sanitario, emerso da decenni di guerra e' in uno stato di totale collasso, con servizi limitati e importanti deficienze dal punto di vista del personale (solo il 10% del personale medico e paramedico necessario e con adeguata formazione è effettivamente disponibile) e dei farmaci/attrezzature di base (mancanti per periodi prolungati).

Nelle riunioni settimanali di Coordinamento di tutte le Organizzazioni impegnate nei progetti umanitari OCHA, FAO, WFP ed ECHO hanno fatto presente che a breve la situazione nei campi profughi non cambierà e quindi i bisogni rimangono inalterati. OCHA ha inoltre lanciato un allarme alimentare, dovuto ad una situazione di carenza di piogge che diminuirà le produzioni dei raccolti.

2. QUADRO STRATEGICO:

2.1. Integrazione del programma con la strategia della DGCS:

Indicare SOLO eventuali sviluppi o integrazioni ritenute utili rispetto a quanto descritto nella PdF, in relazione alla coerenza dell'intervento con la strategia generale della DGCS per il Paese/ area geografica e per i settori d'intervento, ove esistente; alle più recenti iniziative della cooperazione italiana (emergenza e ordinario) intraprese nel Paese e nel settore d'intervento e relativo impatto; alle connessioni con tali iniziative, anche nell'ordinario.

X

Nessuno sviluppo rispetto alla PdF.

L'iniziativa è in linea con le finalità strategiche Cooperazione Italiana, mira a alleviare l'emergenza umanitaria in atto in Sud Sudan (in particolare tra gli sfollati interni e la popolazione vulnerabile presenti nelle aree coinvolte nel conflitto del dicembre 2013, utilizzando una strategia integrata di *Primary Health Care* come piattaforma per l'erogazione ed il potenziamento dei servizi di salute di base (con particolare attenzione verso la malnutrizione infantile, la vaccinazione di bambini e donne in gravidanza e in età riproduttiva, la salute materna e la gestione delle complicanze ostetriche, il controllo e la gestione del rapido diffondersi di epidemie. L'intervento d'emergenza, inoltre, presterà particolare attenzione alle vittime di violenza di genere e garantirà il riferimento dei casi più gravi ai partner competenti, in coordinamento con i partner sanitari presenti sul territorio già attivi nel settore. Donne e bambini, particolarmente vulnerabili ed in condizioni di emergenza e conflitto, saranno i principali beneficiari dell'azione.

L'iniziativa d'emergenza risponde quindi agli indirizzi di programmazione (per settori strategici e paesi prioritari) delineati dalla DGCS previsti dalle *Linee Guida del Triennio 2015-2017*, che identifica tra suoi principali obiettivi strategici quelli di contribuire allo sviluppo umano, promuovendo la salute globale e la sicurezza alimentare, identificate come priorità nel contesto africano. Inoltre il Sud Sudan, perenne Paese prioritario e rilevante per l'aiuto umanitario, applicato in un'ottica di resilienza. L'iniziativa proposta, mira al rafforzamento dei servizi sanitari del governo sud sudanese e si integra quindi perfettamente in questa prospettiva. La presente iniziativa è inoltre linea con l'impegno della Cooperazione Italiana nel settore sanitario e le Linee Guida Settoriali relative, focalizzando la sua attenzione all'accesso universale alla salute, in particolare delle fasce più vulnerabili, rafforzando i sistemi sanitari e favorendo la partecipazione comunitaria. L'intervento emergenziale è anche coerente con le Linee Guida del settore Agricolo che riconoscono, nell'ambito della sicurezza alimentare, la necessità di dare una risposta diretta a soddisfare le esigenze nutrizionali immediate delle popolazioni più vulnerabili, oltre che a intervenire in collaborazione con gli attori attivi per le risposte di più lungo periodo.

L'intervento risponde alle Linee operative della Cooperazione Italiana allo sviluppo in Africa Orientale (2014), in quanto è rivolta a: (i) il contrasto e la mitigazione delle crisi di insicurezza alimentare e adotta un approccio di resilienza; (ii) interviene sulla gestione dei fenomeni migratori e l'assistenza agli sfollati interni; (iii) mira alla protezione delle fasce più vulnerabili della popolazione.

2.2. Modalità di coordinamento con gli stakeholder a livello nazionale (donatori, partner, autorità locali ed altri):

Specificare le modalità di coordinamento e collaborazione del programma con gli altri donatori presenti nel Paese, con le autorità locali ed eventuali partner nazionali identificati o altri attori. Specificare le modalità di coordinamento ed integrazione del programma con le politiche ed i programmi nazionali del Paese beneficiario.

Il coordinamento avverrà attraverso la partecipazione e lo scambio di informazioni tra l'ufficio distaccato dell'AICS di Addis Abeba a Juba ed i Donatori internazionali (DFID, USAID, ECHO, Agenzie UN), i partner NGO e governativi nei seguenti cluster: Health Cluster, Nutrition Cluster, Child Protection sub-cluster, Urban Actors meeting, Health Cluster Ministero della Sanità. In modo particolare, l'Urban Actors Meeting promosso dal Protection Cluster e coordinato da UNHCR, insieme all'Health Cluster MoH & E Juba State/Juba (entrambi meeting mensili), sono le piattaforme attraverso cui operare nel settore sanitario-nutrizionale nei campi profughi urbani di Juba e degli altri Stati interessati dal conflitto. Inoltre la Cooperazione Italiana partecipa regolarmente agli incontri settimanali dell'Humanitarian Country Team presieduto dal Direttore di OCHA e a cui partecipano tutti i rappresentanti delle Agenzie UN, delle Cooperazioni dei Paesi donatori e dell'ONG Forum del Sud Sudan.

[circa 10 righe]

2.3. Condizioni esterne e rischi :

Specificare eventuali rischi o fattori negativi che potrebbero condizionare la realizzazione dell'intervento e le modalità di mitigazione degli stessi.

[circa 10 righe]

La sicurezza all'interno del Paese permane altamente instabile, nonostante ci siano segnali di una volontà di pacificazione e di collaborazione tra le parti che hanno firmato gli accordi di Pace. La grave crisi economica che colpisce il Paese ed il decreto presidenziale che stabilisce la formazione di 28 Stati rendono le prospettive di stabilità futura molto più incerte. E' da rilevare che l'attiva pressione dei Paesi donatori e degli Stati che aderiscono all'Unione Africana sul TGNU ed inoltre la necessità che il Governo ha di ricevere aiuti finanziari dalla Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale fanno optare per un cauto ottimismo riguardo al possibile riaccendersi del conflitto fra le parti. L'Ambasciata di Addis Abeba e la sede AICS hanno predisposto un database con i recapiti dei connazionali operanti nel Paese in modo tale da poter essere evacuati in tempi brevi qualora la sicurezza si deteriorasse. Inoltre le ONG hanno stabilito contatti sia con UNDSS e UNMISS e sia con i Governatorati locali, per avere informazioni aggiornate su azioni di conflitto e criminalità verificatesi nelle aree d'intervento. Le ONG operanti in aree affette dal conflitto hanno pronti piani di evacuazione e sistemi di allerta per garantire l'evacuazione del personale internazionale e realizza in maniera continua capacity building del personale locale per monitorare le azioni da remoto.

2.4. Allineamento dell'intervento con i principi internazionali relativi all'efficacia degli aiuti umanitari (*Good Humanitarian Donorship Initiative*, degli standard *Sphere*, del *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction*, dell'*Agenda for Humanity*) e con le relative Linee Guida settoriali e tematiche definite dalla DGCS e dall'AICS.

[circa 10 righe]

La visione dell'iniziativa riafferma i principi della Good Humanitarian Donorship Initiative (GHDI) in quanto l'aiuto umanitario deve essere dato unicamente sulla base delle necessità identificate, quando e dove sia richiesto, con adeguati impegni finanziari e qualità degli interventi, e deve includere misure sia per prevenire e prepararsi alle emergenze, ma anche per aiutare le persone a ricostruire le loro vite ed i mezzi di sussistenza dopo una crisi e quindi sostenerle nella transizione verso la fase di sviluppo.

La strategia d'intervento ed obiettivi dell'iniziativa, che mirano al rafforzamento della risposta all'emergenza e del sistema sanitario nelle aree identificate, si allineano con i principi 1, 3, 8 e 9 della GHD, ribadendo che l'importanza dell'aiuto umanitario e dell'assistenza sanitaria nel corso di crisi causate dall'uomo va oltre il sollievo immediato e deve sia aiutare le popolazioni colpite dall'emergenza a ripristinare la propria vita ed i mezzi di sussistenza dopo un'emergenza, sia garantire che il sistema sanitario venga preservato e gli interventi siano funzionali alla riabilitazione a lungo termine.

In particolare, l'iniziativa ha l'obiettivo di assicurare che la risposta umanitaria sia concertata sulla base di un'adeguata analisi dei bisogni e che sia il risultato di un processo coordinato e continuo che coinvolge i diversi attori umanitari (Principio 6), ed in particolare che CHD/MOH e comunità locali siano capaci di sostenere le proprie responsabilità e di coordinarsi efficacemente con i partner umanitari (Principio 8).

Attraverso il coordinamento dell'Health & Nutrition Cluster e la stretta collaborazione con le Agenzie UN (WHO/UNICEF) ed i partner della salute, l'azione promuove il ruolo centrale dell'AICS nel sostenere e partecipare all'azione umanitaria internazionale, e appoggiare le ONG nella realizzazione degli interventi (Principio 10).

2.6. Strategia d'uscita

Definire la strategia d'uscita del programma, specificando il modo in cui si intende garantire una continuità ai risultati raggiunti nell'ambito del programma e definendo le modalità con cui si intende collegare la risposta umanitaria con le azioni di sviluppo.

[circa 10 righe]

Il coordinamento continuo attraverso l'Health & Nutrition Cluster faciliterà, infine, il disegno di un *exit strategy* dei partner dell'emergenza per favorire il passaggio da fase di emergenza a fase di sviluppo, sfruttando i sistemi avviati durante la risposta coordinata a favore del rafforzamento del Sistema Sanitario del Paese. In tal senso è da rilevare la recente uscita dal Sud Sudan di alcuni partner nel settore sanitario ed il diminuito sostegno tecnico e finanziario al MoH, segnale che sempre di più il Sistema Sanitario deve essere pronto a farsi carico dei bisogni della nazione nel lungo periodo, prima ancora che nella risposta puntuale all'emergenza.

Il finanziamento rinnovato di Health Pooled Fund al programma sanitario e degli altri donatori già attivi nella zona (UNICEF e CHF) permetteranno di assicurare le risorse finanziarie necessarie al funzionamento dei servizi sanitari oltre il periodo di progetto.

2.7. Strategia di comunicazione e visibilità

Definire la strategia di comunicazione e visibilità del programma in Italia e nel Paese beneficiario, specificando le azioni previste al fine di informare i beneficiari e gli stakeholder locali sulle attività realizzate nonché volte a garantire la trasparenza e la conoscenza in Italia degli interventi finanziati dalla Cooperazione Italiana.

[circa 10 righe]

Nell'ambito dell'azione proposta, le attività di comunicazione esterna verso le comunità locali e sfollate, così come verso le istituzioni locali, altri donatori, agenzie UN e altre organizzazioni internazionali, prevedono la produzione e distribuzione di materiale promozionale e informativo-divulgativo.

In loco, per garantire visibilità alle attività e ai partner saranno prodotti vari tipi di materiali, quali, ad esempio, targhe recanti il logo del donatore (che verranno apposte presso le infrastrutture e materiali IEC), cappelli e stivali di gomma distribuiti fra lo staff e rappresentanti delle comunità interessate (sia residente sia sfollata), poster di presentazione e sensibilizzazione che promuoveranno fra le comunità le attività e le finalità dell'iniziativa. Tali materiali riporteranno il logo della Cooperazione Italiana/AICS, come da procedure contenute nelle Linee Guida sulla comunicazione e visibilità.

Incontri con la comunità ed eventi di massa permetteranno la diffusione di messaggi per la promozione alla salute e all'igiene, che saranno sviluppati in collaborazione con autorità locali e leader di comunità (per garantirne l'adattabilità con il contesto locale) e con esperti di comunicazione locale (per favorirne la massima divulgazione, anche attraverso spot radiofonici, mezzo di informazione prevalente all'interno della comunità).

In Italia, la comunicazione prevede la pubblicazione periodica di newsletter e house organ che daranno conto dello stato di avanzamento del progetto e delle attività a tutti i contatti delle ONG impegnate nell'iniziativa – volontari, soci, partner istituzionali e aziendali - avendo cura di ricordare che l'azione è finanziata dall'AICS nell'ambito dell'Iniziativa di Emergenza a favore della popolazione Sud Sudanese colpita dalla crisi e fa parte del programma paese della Cooperazione Italiana, in risposta all'emergenza in atto e in supporto allo sviluppo di un sistema sanitario nazionale.

Sito web e social networks dell'AICS saranno utilizzati come strategie fondamentali per garantire e aumentare la visibilità dell'iniziativa emergenziale.

3. QUADRO SETTORIALE E ANALISI DEI BISOGNI:

Descrivere i bisogni per ciascun settore d'intervento, identificati laddove possibile in coordinamento con altri donatori/ OO.II.. Attenzione, l'analisi dei bisogni non deve contenere una descrizione delle attività che si andranno a realizzare (es. necessità di costruzione di cliniche sanitarie per la lotta alla malnutrizione infantile) ma una spiegazione delle problematiche rilevate in loco (es. tasso di malnutrizione infantile nella località identificata pari a X%). Specificare eventuali fonti di informazione (Rapporti UN, ecc.). Laddove possibile, indicare per ciascun settore d'intervento gli indicatori di baseline utili alla rilevazione dei bisogni e definizione degli indicatori di target.

Inserire eventuali report in allegato. Specificare, inoltre, come i bisogni identificati si inquadrano nell'ambito dell'aiuto umanitario.

	Bisogni identificati
Settore ¹ SALUTE	Descrizione: [circa 15 righe] Il Paese presenta tassi di mortalità materna (2.054 su 100.000 nati vivi), neonatale (102 su 1.000 nati vivi) e infantile (135 su 1.000 nati vivi)², tra i più alti al mondo. Tali livelli di mortalità sono spesso attribuibili ad una debolezza generale del sistema sanitario, caratterizzata da un difficile accesso ai servizi, soprattutto nelle aree più remote e nelle zone di conflitto del paese (mancanza di infrastrutture, strade percorribili e trasporti), e dalle diffuse problematiche culturali, soprattutto in relazione all'uguaglianza di genere (scarsa educazione sanitaria di base, credenze popolari e tradizionali relative al ruolo della donna, alla gravidanza e al parto). La principale problematica alla quale l'iniziativa cerca di rispondere, soprattutto in questo periodo d'emergenza, così come evidenziato dal Governo del Sud Sudan nel <i>South Sudan Development Plan (2011-2013)</i> e <i>Health Sector Development Plan (2012-2015)</i>, è la riduzione dei tassi di mortalità materno-infantile con particolare riferimento alla necessità di assicurare un sistema sanitario equo, accessibile e di qualità a tutta la popolazione. I dati sanitari raccolti nelle aree d'intervento indicano qualche miglioramento negli ultimi due anni, ma l'utilizzo e l'accesso ai servizi sanitari di base rimane ancora limitato in termini assoluti: il 67% delle donne gravide ha avuto accesso ad almeno una visita prenatale (ANC1) nel periodo gennaio-dicembre 2015 (nello stesso periodo 2014 l'indicatore era solo il 28%), inoltre rimane ancora molto critico e basso l'accesso a tutte le 4 visite raccomandate nell'arco della gravidanza (nello stesso periodo, l'ANC4 è del 15%); solo il 6% delle donne è stato assistito da personale qualificato durante il parto e/o ha partorito presso strutture sanitarie. Solamente il 51% dei bambini, sotto un anno di vita, ha ricevuto tutte le dosi del vaccino contro difterite, pertosse e tetano, (DPT3/PENTA321), percentuale ancora molto bassa considerato che il governo mira ad un target di copertura dell'80%. Nonostante gli sforzi e i risultati raggiunti al completamento dell'iniziativa d'emergenza AID 10092, l'accesso e la qualità dei servizi offerti non sono al momento adeguati a far fronte ai bisogni sanitari delle popolazioni sfollate e residenti presente nelle aree d'intervento. I bisogni relativi al settore della salute si confermano i seguenti: * Disponibilità continua ed universale di servizi primari di emergenza; * Maggiore disponibilità ed accesso ai servizi riproduttivi e materni (assistenza al parto normale e gestione delle emergenze ostetriche attraverso BEmONC); * Maggiore copertura delle vaccinazioni di routine e di massa (morbillo, poliomielite, colera e meningite), il cui target nazionale è dell'80% mentre attualmente la copertura è del 51%; * Necessità di rafforzare le capacità dello staff sanitario delle strutture sanitarie nel rispondere ad epidemie e nel gestire la cold chain; * Disponibilità di staff sanitario (medico e paramedico). Il personale e le strutture esistenti sono ancora insufficienti rispetto ai bisogni e spesso non sono in grado di far fronte alle nuove emergenze senza risorse umane aggiuntive; * Controllo dei vettori ed insufficiente distribuzione di zanzariere a donne e bambini;

¹ Indicare un solo settore per riga fra: Acqua, Ambiente, Territorio, Gestione risorse naturali, Cambiamenti climatici, Resilienza; Agricoltura e sicurezza alimentare; Educazione; Governance e società civile, Promozione dei diritti umani, Partecipazione democratica, Situazioni di fragilità; Parità di genere; Prima emergenza, Distribuzioni e Trasporti; Protezione (rifugiati, sfollati, minoranze, migranti, altro); Riduzione del rischio di catastrofi; Ripresa dell'economia ed Infrastrutture; Salute; Sostegno allo sviluppo endogeno, inclusivo e sostenibile, del settore privato; Sminamento; Tutela e inclusione dei minori; Tutela e inclusione delle persone con disabilità; Tutela e valorizzazione a fini di sviluppo sostenibile del patrimonio culturale; Coordinamento e monitoraggio

² Ministry of Health, *Health Sector Development Plan 2012-2016* (2012)

	* Community mobilization per sensibilizzare la popolazione verso l'utilizzo dei servizi forniti dai centri di salute e dei sistemi di riferimento delle emergenze; * Maggiore educazione igienico-sanitaria nelle comunità ed attività di <i>community mobilization</i> su GBV e <i>family planning</i>, mediante la formazione e il coinvolgimento dei <i>Village Health Committees</i> e dei <i>leader locali</i>, e lo scambio di buone pratiche a livello di Stato. Lo stato nutrizionale della popolazione sud sudanese e' molto critico. Ad aprile 2016, circa 4,6 milioni di persone (IPC-FAO Aprile 2016), ossia il 35% della popolazione sud sudanese, sono state classificate come severamente a rischio di insicurezza alimentare. Si tratta di un aumento dell'80% rispetto allo stesso periodo del 2015. I dati riguardanti la malnutrizione mostrano un tasso di GAM (Global Acute Malnutrition) al di sopra della soglia di emergenza (GAM > 15%) negli Stati colpiti dal conflitto (in Jonglei, Unity ed Upper Nile dove è superiore al 30%); è alta anche negli stati di Nord Bahr el -Ghazal e Warrap; ed è, infine, classificata come grave (GAM 10-14,9 %) nei Lakes e nel Western Bahr el - Ghazal.
--	---

4. DESCRIZIONE DELL'INIZIATIVA:

4.1. Obiettivo Generale :

Indicare, se possibile, un solo obiettivo generale.

Favorire l'accesso ai servizi socio sanitari e nutrizionali per le fasce più vulnerabili.

4.2. Obiettivo Specifico

Indicare l'obiettivo specifico della Proposta di Finanziamento.

Erogazione dei servizi di base per sfollati e per comunità locali selezionate

4.3. Indicatori obiettivo specifico :

Descrizione:

Tassi di mortalità mantenuti sotto la soglia di emergenza (crude mortality rate di 1 per 10 000 al giorno e under-five mortality rate di 2 per 10 000 al giorno, *WHO 2015*), alla fine dell'iniziativa.

Tasso di Malnutrizione Acuta Globale (GAM) mantenuto sotto la soglia di emergenza (15%) alla fine dell'iniziativa (Baseline 17%, *Unicef Smart Survey 2016*).

Tasso di Severa Malnutrizione Acuta (SAM) mantenuto al di sotto soglia emergenza (3%) alla fine dell'iniziativa (Baseline 3.8%, *Unicef Smart Survey 2016*)

Parti assistiti da personale formato: baseline:6% (*WHO 2015*), target a fine iniziativa nelle aree d'intervento 10%.

Under 5 vaccinati a fine iniziativa 60% (Baseline 51%, *WHO 2015*)

4.4. Descrizione

Descrivere, in maniera dettagliata, l'iniziativa con riferimento alla strategia d'intervento, metodologia ed attività previste, esplicitandone la pertinenza rispetto ai bisogni dei beneficiari.

[circa 50 righe]

La principale problematica alla quale l'AID 10678 cerca di rispondere, così come evidenziato dal Governo del Sud Sudan nel *South Sudan Development Plan (2011-2013)* e *Health Sector Development Plan (2012-2015)*, è la riduzione dei tassi di mortalità materno-infantile con particolare riferimento alla necessità di assicurare un sistema sanitario equo, accessibile e di qualità a tutta la popolazione.

L'obiettivo generale dell'AID 10678 e' quindi di facilitare l'accessibilità ai servizi sanitari e nutrizionali di qualità soprattutto per le fasce più vulnerabili delle comunità di sfollati e delle comunità ospitanti, con attenzione particolare alle donne in età fertile ed i bambini sotto i 5 anni d'età e disabili.

Per raggiungere tali obiettivi le strategie adottate sono quelle di:

- rafforzare l'erogazione di tali servizi a livello periferico , nei centri di salute sia dei campi profughi che delle comunità residenti;
- formazione di personale locale sia nella quantità che soprattutto nella qualità;
- migliorare la leadership/governance delle autorità locali e comunitarie;
- sostenere il ruolo delle donne all'interno delle comunità;
- sensibilizzare i beneficiari verso l'utilizzo dei servizi forniti dai centri di salute e dei sistemi di riferimento delle emergenze.

Le attività che verranno realizzate prevedono la prevenzione attraverso la vaccinazione ed il trattamento delle comuni patologie infettive, controllo prenatale delle donne gravide e parto assistito da personale formato, formazione del personale sanitario e ausiliario locale, educazione sanitaria e d'igiene ambientale, fornitura di farmaci essenziali e riabilitazione nutrizionale dei pazienti malnutriti.

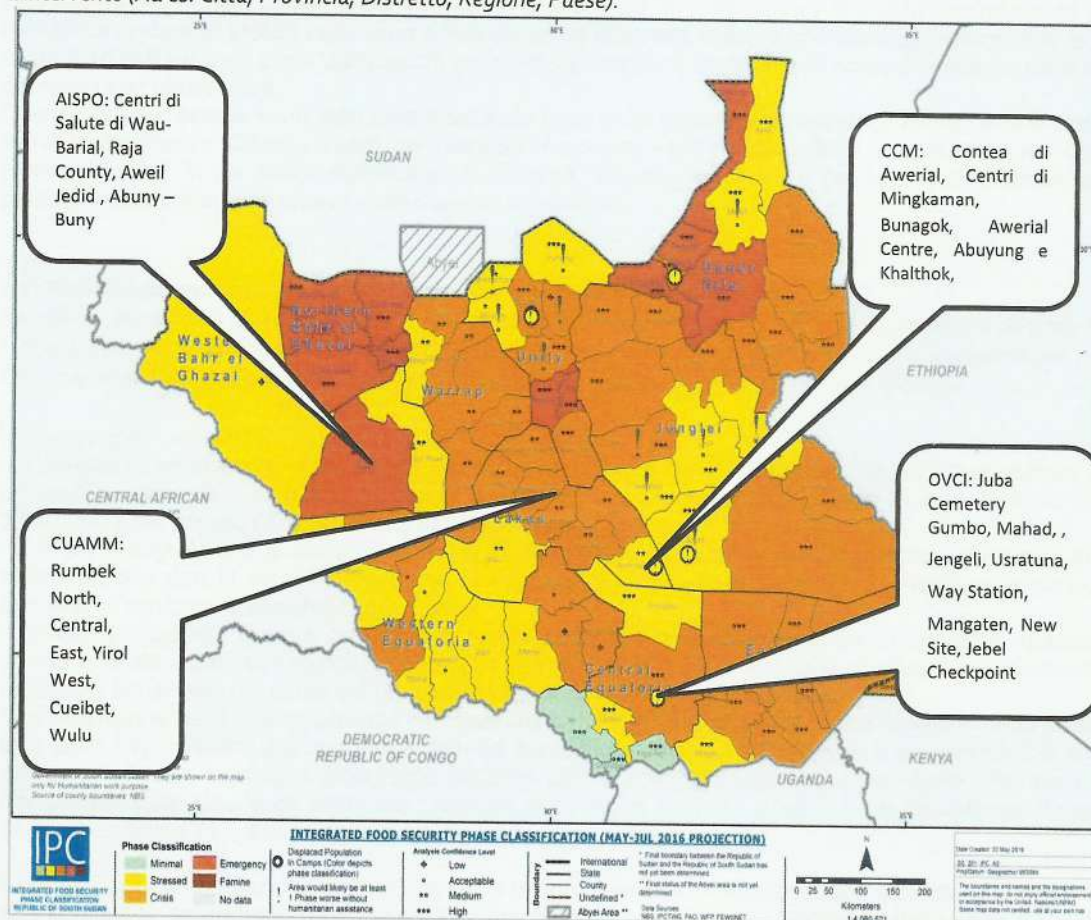
Le aree selezionate comprendono sia località rurali che urbane e peri-urbane nella città di Juba, In particolare esse sono localizzate nelle Contee di Wau (Centri di Salute di Wau- Barial, Raja County, Aweil Jedid, Abuny-Buny), Rumbek Nord, Centro ed Est, Contea di Cueibet, Contea di Wulu, Contea di Yirol Ovest, Contea di Awerial (Centri di Mingkaman, Bunagok, Awerial Centre, Abuyung e Khalthok) ed nella città di Juba (Gumbo, Mahad, Jengeli, Usratuna, Way Station, Mangaten, New Site, Jebel Checkpoint). I beneficiari diretti si stimano in 343.695 mentre quelli indiretti in 1.156.503.

Il settore prioritario d'intervento è quello della salute, in tutte le sue componenti vengono infatti svolte azioni di sostegno anche nella componente Wash e Protezione soprattutto nei campi profughi urbani e peri-urbani di Juba. Tali insediamenti sono i più negletti poiché le risorse umane e finanziarie dei Donatori internazionali e delle Agenzie UN vengono assorbite dai grandi PoC urbani, dove sono concentrati circa 50.000 IDPs di etnia Nuer.

Le ONG italiane CUAMM, CCM, AISPO ed OVCI, che sono radicate da lungo tempo nel territorio, hanno presentato delle proposte di finanziamento che sono state valutate ed approvate sulla base dei seguenti criteri: continuità delle azioni in corso, rafforzamento della presenza della Cooperazione Italiana nelle aree già coperte, unitarietà dell'azione delle Ong italiane. La strategia d'intervento ed gli obiettivi dell'iniziativa, mirano al rafforzamento della risposta all'emergenza e del sistema sanitario nelle Contee identificate, si allineano con i principi 1, 3, 8 e 9 della GHD, ribadendo che l'importanza dell'aiuto umanitario e dell'assistenza sanitaria va oltre il sollievo immediato e deve sia aiutare le popolazioni colpite dall'emergenza a ripristinare la propria vita, ed i mezzi di sussistenza dopo un'emergenza, sia garantire che il sistema sanitario venga preservato e gli interventi siano funzionali alla riabilitazione a lungo termine, promuovendo la transizione da azione umanitaria d'emergenza ad un programma settoriale di sviluppo.

4.5. Località d'intervento:

Indicare i luoghi in cui si svolgeranno le attività. Se possibile, allegare una mappa geografica dettagliata della zona d'intervento (Ad es. Città, Provincia, Distretto, Regione, Paese).



Le aree d'intervento selezionate dalle ONG sono le seguenti:

AISPO: Western Bhar-el Ghazal, Contea di Wau, centri di salute di Wau-Barial, Raja, Aweil, Jedid, Abuny-Buny.

CCM: Contea di Aweil, centri di salute di Mingkaman, Bunagok, Awerial Centre, Abuyung e Khalthok.
CUAMM: Stato dei Laghi, Contea di Rumbek North, Rumbek Centre, Rumbek East, Contea di Yirol West, Contea di Cuiibet, Contea di Wulu.
OVCI: Stato di Juba, centri di salute di Juba Cemetery, Gumbo, Mahad, Jengeli, Usratuna, way Station, Mangaten, New Site, Jebel Checkpoint.
La selezione dei centri e dei campi profughi e' stata condivisa con le autorità locali, le comunità beneficiarie ed i Cluster della Sanità e Nutrizione delle Nazioni Unite.

4.6. Beneficiari:

Individuare la tipologia e, ove possibile, il numero dei beneficiari diretti e indiretti. Descrivere le modalità di coinvolgimento dei beneficiari nella fase di analisi dei bisogni e pianificazione degli interventi. Specificare in che modo si intende includere nelle attività le donne, i minori e le persone con disabilità, disaggregando – ove possibile – il dato sui beneficiari.

I beneficiari dell'AID 10678 saranno soprattutto donne e bambini, che costituiscono di fatto i gruppi più numerosi della popolazione (locale e sfollata) delle Contee selezionate dalle ONG, e sono universalmente riconosciuti come più vulnerabili soprattutto in condizioni di conflitto e di crisi umanitaria.

Il numero dei beneficiari diretti dell'intervento è di circa 343.695, di cui:

- 147.788 saranno i bambini sotto i cinque anni d'età (43%) che riceveranno un servizio di cura di salute e nutrizione integrata e di qualità;

- 137.478 le donne in età riproduttiva (40%) che riceveranno servizi di prevenzione e cura anche nutrizionale prima, durante e dopo la gravidanza;

- 58.428 beneficiari (17%) sono adulti e giovani (sopra i 5 anni di età) che accederanno alle strutture sanitarie attraverso le visite ambulatoriali o sensibilizzati durante l'azione di progetto.

Si stima, inoltre, che almeno il 50% dei beneficiari diretti appartenga alle comunità sfollate.

I beneficiari indiretti sono circa 1.156.503 ed e' la popolazione totale che beneficerà dell'iniziativa nelle diverse Contee dove operano le ONG italiane.

La tipologia ed il numero dei beneficiari diretti ed indiretti sono stati individuati tenendo conto dell'ultima valutazione preliminare (IRNA, Dicembre 2015) condotta da un inter-agency team successivamente all'arrivo dell'ultima ondata di sfollati nelle aree d'intervento ed in stretta collaborazione/consultazione con le autorità locali (CHD/MOH) e gli attori della salute presenti sul campo e direttamente coinvolti nella risposta sanitaria coordinata all'emergenza.

I beneficiari dell'azione sono stati identificati sulla base delle priorità elencate dagli *Health e Nutrition Cluster* e dall'*Humanitarian Country Team* nei *Revised Response Plan* (Giugno 2014 e aggiornato nel Dicembre-Gennaio 2016), in cui salute riproduttiva e materna, servizio vaccinale e gestione della malnutrizione nei bambini restano elementi chiave della risposta umanitaria.

4.7. Modalità di realizzazione e modalità di selezione degli Enti realizzatori

Specificare la modalità di realizzazione per l'esecuzione del programma, attraverso la gestione diretta da parte dell'AICS o di una delle sue sedi all'estero, o l'affidamento ad altri Enti realizzatori pubblici e/o privati o a soggetti non profit. Per ciascuna modalità di realizzazione individuata, specificare la relativa modalità di selezione adottata.

[circa 20 righe]

L'iniziativa di emergenza, della durata massima di 12 mesi, sarà realizzata sia con il contributo di ONG presenti in loco sia in gestione diretta, tramite il finanziamento di un fondo in loco di importo pari a 1.500.000 Euro presso l'Ambasciata d'Italia ad Addis Abeba.

L'AICS (Addis Abeba e ufficio di Juba) e l'Unità di coordinamento del programma, operando in stretta collaborazione con la AICS/Roma e con le controparti, provvede a garantire lo svolgimento delle attività previste, in conformità alle procedure vigenti

L'ufficio di supporto rimarrà operativo fino alla conclusione delle attività del programma, quando verrà chiuso e le attrezzature, i veicoli, i materiali per i quali non è stato possibile effettuare una donazione agli organismi beneficiari nel corso del programma saranno trasferiti all'UTL/AICS.

Nell'esecuzione delle attività previste l'Ambasciata d'Italia ad Addis Abeba, potrà avvalersi della presenza in loco delle ONG italiane già operanti in situ ed accreditate presso l'AICS/Roma e le Autorità sud sudanesi, secondo il dettato legislativo della legge 80/2005 (art. 1, comma 15-sexies). L'uso delle ONG sarà, quindi, disciplinato dalla stipula da parte del Direttore sede AICS in Addis Abeba di un disciplinare d'incarico ai sensi dell'articolo 15 – sexies della predetta legge 80.

Il bando per la presentazione delle proposte di finanziamento e' stato pubblicato il 29 marzo 2016 e le ONG che sono state selezionate da un'apposita Commissione di Valutazione, nominata dalla sede AICS di Addis Abeba, sono elencate nel paragrafo sequent 4.8.

Nell'affidamento degli interventi, sono state valutate le competenze e le capacità degli organismi effettivamente presenti nelle zone di intervento, il loro radicamento nel territorio e la loro capacità di

interagire con le comunità, le autorità governative e le organizzazioni locali presenti, i meccanismi partecipativi che sono in grado di attivare, la presenza di cofinanziamenti e la capacità di lavorare in rete. Inoltre si terrà conto dell'esito di eventuali progetti precedentemente realizzati nell'ambito di Iniziative di emergenza o meno.

Alcune attività complementari minori saranno invece svolte in diretta dall'AICS/Addis Abeba/ ufficio di Juba. E' previsto l'invio in missione di un esperto AICS con le funzioni di capo programma. Tale figura graverà su apposito Fondo Esperti separato.

Una volta approvata l'Iniziativa in oggetto e concluso il processo di selezione degli enti realizzatori del programma, l'AICS Addis Abeba/Unità di coordinamento di Juba ha formulato il presente Piano Operativo Generale (POG) dell'intervento, da sottoporre all'AICS/Roma per la consueta approvazione. Per tutta la durata dell'intervento, sarà cura della stessa Sede, in collaborazione con la AICS/Roma monitorare le attività sul territorio ed il corretto impiego dei fondi allocati, aggiornare all'occorrenza il POG e riferire periodicamente sull'andamento generale del programma.

4.8. Enti realizzatori:

Indicare gli enti realizzatori identificati per la realizzazione dei progetti a seguito della procedura di selezione. Per ciascun ente realizzatore indicare l'elenco dei progetti gestiti, i relativi importi e le località d'intervento.

Ente realizzatore	Titolo Progetto	Località intervento	Contributo richiesto alla DGCS in €
AISPO	Risposta alle emergenze di salute della popolazione sfollata della Regione di Wau	Wau	297.857,00
CCM	Risposta coordinata e tempestiva alla crisi umanitaria in Sud Sudan, a supporto del Sistema Sanitario della Contea di Awerial (Stato dei Laghi) - FASE III	Contea di Aweial (Stato dei Laghi)	280.000,00
CUAMM	Supporto straordinario al sistema sanitario a favore delle comunità vulnerabili delle Contee di Rumbek, North, Rumbek Center, Rumbek East, Cuibet, Yirol West e Wulu, Sud Sudan .	Contee di Rumbek Nord, Centro East, Yirol Ovest, Cueibet e Wulu	374.999,63
OVC	Urban Actors: servizi sanitari di base a favore degli IDP e della comunità ospitante di Juba. II Fase	Juba	377.118,00
TOTALE			1.329.974,63

4.9. Tematiche trasversali

Se applicabile, specificare le modalità in cui vengono prese in considerazione eventuali tematiche trasversali.

[Circa 15 righe]

L'iniziativa AID 10678 da particolare attenzione (in maniera diretta e/o in coordinamento con gli attori sul campo alle seguenti tematiche trasversali:

a) *Eguaglianza di genere*: L'accesso ai servizi sanitari è sempre equamente garantito a bambini, donne e uomini, con un focus maggioritario sulla salute materno-infantile e sulla nutrizione dei bambini e delle donne in allattamento e gravidanza. Contemporaneamente, l'azione proposta mette al centro delle sue priorità la salute e i diritti delle donne e delle ragazze, investendo sempre di più nelle istituzioni locali e nelle azioni volte a costruire il capitale umano e la capacità di adolescenti e donne di autodeterminarsi.

b) *Eguaglianza dei diritti a tutela delle persone disabili, vulnerabili e delle minoranze*: in stretta collaborazione con i diversi attori della salute, l'azione mira a garantire un accesso universale ai servizi primari di emergenza, con particolare attenzione alle comunità più vulnerabili e soprattutto alle popolazioni sfollate a seguito del conflitto. Gli interventi proposti terranno conto delle diverse modalità con cui la crisi umanitaria ha colpito i differenti gruppi, evitando, in tal modo, di perpetuare le disuguaglianze e le discriminazioni verso i gruppi più vulnerabili. In questo senso, anche i dati vengono raccolti in maniera disaggregata (sesso, età, etc.) proprio per monitorare il diverso accesso ai servizi e favorire una maggiore equità nella proposta degli stessi

c) *Sostenibilità ambientale*: sebbene l'iniziativa non abbia un forte impatto sull'ambiente, gli interventi previsti cercano di ridurre al minimo ogni possibile influenza sul territorio delle contee selezionate. Le strutture sanitarie sono dotate di inceneritori e fosse protette per lo smaltimento dei rifiuti sanitari e la riduzione del rischio di contaminazione e infezione, particolare attenzione è posta attraverso la formazione del personale sanitario e di supporto. L'azione mira a utilizzare, ove possibile, sistemi a pannelli solari in tutti i centri di salute, per promuovere la produzione di energia pulita e ridurre il consumo di petrolio.

5. PIANO FINANZIARIO PER SETTORE:

In linea con l'analisi dei bisogni settoriale riportata nel paragrafo 3. "Quadro settoriale e analisi dei bisogni", descrivere le attività programmate per il raggiungimento dei risultati attesi. Indicare solo il settore prevalente per ciascun progetto. Il settore dovrà essere scelto in relazione all'obiettivo specifico del progetto e in funzione della specifica area che il progetto intende sostenere, indipendentemente dal mezzo utilizzato per realizzarlo. In caso di più settori dei progetti, indicare solo il settore su cui si concentra la somma maggiore del finanziamento e/o riconducibile all'obiettivo specifico dell'intervento. Ad esempio, le attività di formazione in agricoltura dovranno essere classificate nel settore "agricoltura" e non in quello relativo all'istruzione. Eventuali altri settori andranno specificati nella scheda progetto allegata al POG. Eventuali tematiche trasversali, per cui non è previsto un budget specifico, andranno indicate e descritte al paragrafo 5.5.2. Per ciascun settore, indicare il nome dell'Ente realizzatore. Specificare, infine, l'importo previsto per ciascuna attività oltre che per la gestione (incluse le risorse umane), il monitoraggio e la visibilità del programma.

Settore prioritario del progetto	Ente realizzatore e titolo progetto	Budget finale in valuta di accreditamenti (se diversa da €)	Importo previsto in €
SALUTE	Ente realizzatore: AISPO Titolo Progetto: Risposta alle emergenze di salute della popolazione sfollata della Regione di Wau Altri Settori:		297.857,00
	Ente realizzatore: CCM Titolo Progetto: Risposta coordinata e tempestiva alla crisi umanitaria in Sud Sudan, a supporto del Sistema Sanitario della Contea di Awerial (Stato dei Laghi) – FASE III Altri Settori: Nutrizione		280.000,00
	Ente realizzatore: CUAMM Titolo Progetto: Supporto straordinario al sistema sanitario a favore delle comunità vulnerabili delle Contee di Rumbek, North, Rumbek Center, Rumbek East, Cuibet, Yirol West e Wulu, Sus Sudan Altri Settori: Nutrizione		374.999,63
	Ente realizzatore: OVCI Titolo Progetto: Urban Actors: servizi sanitari di base a favore degli IDP e della comunità ospitante di Juba. II Fase Altri Settori: Tutela e inclusione delle persone con disabilità		377.118,00
	Ente realizzatore: Gestione diretta: Acquisto e distribuzione medicinali; Acquisto attrezzature e arredamento medicale		46.000,00 46.025,37
	Subtotale Settore SALUTE		1.422.000,00
Costi di Gestione	1. Personale: 1 assistente amministrativo, 1 autista, 1 segretaria, 1 addetto alle pulizie, oneri riflessi a carico dell'Amministrazione e diaria missioni (assistente di programma e autista) 2. Trasferimenti e trasporti: voli interni e di linea assistente di programma, carburante 3. Attrezzature: arredi ufficio, computer, fotocopiatrice, materiale informatico e toner stampanti, telefoni, autoveicoli di servizio, impianti e macchinari, assistenza tecnica e informatica		32.500,00 7.000,00 9.000,00

	4. Utenze e tasse: Affitto ufficio, internet, telefonia mobile		19.000,00
	5. Visibilità, documentazioni e seminari.		
	6. Spese generali (cancelleria e stampati, spese bancarie, acqua potabile, materiale sanitario ed igienico, manutenzione ufficio, etc....)		7.000,00
	Nel caso di acquisto di autoveicoli o altri beni di consumo per i quali si prevede il trasferimento a fine progetto, questi verranno donati alla seguente Controparte: _____		3.500,00
Totale Costi di Gestione			78.000,00
Totale			1.500.000,00

5.1. Congruità dei costi

Specificare il modo in cui i costi sono stati stimati confermandone la congruità. Specificare eventuali variazioni negli importi previsti dalla Proposta di Finanziamento per i costi di gestione.

[circa 10 righe]

I costi della presente iniziativa sono basati sull'esperienza pregressa delle ONG operanti nel Paese. I salari per gli espatriati sono in linea con le griglie salariali utilizzate dalle ONG che lavorano all'estero mentre per il personale locale sono allineati con quelli che pagano le altre Organizzazioni non governative internazionali, ma notevolmente inferiori a quelli erogati dalle Agenzie UN e dai maggiori Donatori internazionali. E' da notare che essi sono congrui ai costi ammessi dalla AICS/Roma per questo tipo d'attività. I costi per le attrezzature sono stati calcolati in base ai preventivi richiesti ai vari fornitori. E da tenere presente che il tasso d'inflazione è del 266% alla fine di marzo, come rilevato dalla Banca Mondiale e che nei prossimi mesi le previsioni del costo della vita sono pessimistiche e si teme un rialzo ulteriore dei prezzi. Gli importi previsti non si discostano da quelli stimati nella Proposta di Finanziamento.

6. MONITORAGGIO E RELAZIONI PERIODICHE:

Indicare le modalità di monitoraggio e coordinamento dell'iniziativa e la tempistica prevista (timetable) per la consegna di report periodici di monitoraggio (rapporto quadrimestrale e finale).²

Date stimate per la consegna dei Rapporti di monitoraggio:

- Primo Rapporto Quadrimestrale da consegnarsi allo scadere dei 4 mesi dall'approvazione del POG.
Data stimata: **30/10/2016**
- Secondo Rapporto Quadrimestrale da consegnarsi allo scadere degli 8 mesi dall'approvazione del POG. Data stimata: **28/02/2017**
- Rapporto Finale da consegnarsi entro una settimana dalla chiusura delle attività di programma.
Data stimata: **15/04/2017**

Indicare le modalità di coordinamento con gli Enti realizzatori:

frequenza visite sul campo: **1 visita mensile per ogni progetto finanziato**

frequenza riunioni di coordinamento collegiali con gli Enti realizzatori: **Incontri bimestrali con i rappresentanti paese delle ONG selezionati presso Ufficio AICS di Juba**

frequenza riunioni di coordinamento individuali con gli Enti realizzatori: **Incontri mensili individuali con i Rappresentanti Paesi delle ONG realizzatrici AID 10678**

Altro: _____

Nel caso di monitoraggio in remoto, specificarne le modalità: _____

² Consultare anche il Manuale di Monitoraggio alla pagina: http://www.esteri.it/MAE/IT/Sala_Stampa/Pubblicazioni/Manuale_di_Monitoraggio.htm

7. CRONOGRAMMA³

ENTE REALIZZATORE (ONG, società o impresa, Ente pubblico o privato, ufficio di progetto)	Tempi	I Quadrimestre				II Quadrimestre				III Quadrimestre			
		Mese 1	Mese 2	Mese 3	Mese 4	Mese 5	Mese 6	Mese 7	Mese 8	Mese 9	Mese 10	Mese 11	Mese 12
Ente realizzatore AISPO Progetto Risposta alle emergenze di salute della popolazione sfollata della Regione di Wau	previsti												
Ente realizzatore CCM Progetto Risposta coordinata e tempestiva alla crisi umanitaria in Sud Sudan, a supporto del Sistema Sanitario della Contea di Awerial (Stato dei Laghi) – FASE III	previsti												
Ente realizzatore CUAMM Progetto Supporto straordinario al sistema sanitario a favore delle comunità vulnerabili delle Contee di Rumbek North, Rumbek Center, Rumbek East, Cuiwet, Yirol West e Wulu, Sud Sudan	previsti												
Ente realizzatore OVCI Progetto Urban Actors: servizi sanitari di base a favore degli IDP e della comunità ospitante di Juba - II Fase	previsti												
Attività di Gestione	previsti												

Durata: 12 mesi

³ Modalità di compilazione del cronogramma:

- Evidenziare in verde la tempistica prevista dal Piano operativo generale
- In caso di attività concluse, trascrivere nella casella dell'ultimo mese di attività la data di chiusura del progetto/attività

Esempio:

ENTE REALIZZATORE (ONG, società o impresa, Ente pubblico o privato, ufficio di progetto)	Tempi	I Quadrimestre				III Quadrimestre				IV Quadrimestre			
		Mese 1	Mese 2	Mese 3	Mese 4	Mese 5	Mese 6	Mese 7	Mese 8	Mese 9	Mese 10	Mese 11	Mese 12
Progetto: es. Rafforzamento dei servizi di cure primarie per i rifugiati iracheni afferenti alle cliniche SARC di Jaramana e Al Akram (Codice: IRIS/ So8-A001)	previsti												

Data di avvio delle attività: La data di avvio delle attività del programma dovrà essere comunicata ufficialmente via messaggio (PIT-DIR) prima dell'inizio delle attività stesse dalla Sede estera AICS alla Sede centrale AICS. Prima della data di avvio delle attività potranno essere effettuate solo le spese volte alla realizzazione di attività di gestione corrente per l'avvio e/o il funzionamento della struttura dell'Ufficio di Programma in loco o per la realizzazione di studi di fattibilità preliminari e necessari alla predisposizione del Piano Operativo Generale. L'importo massimo di tali spese è specificato nella Proposta di Finanziamento. Tali spese dovranno successivamente essere riportate nel piano finanziario del Piano Operativo Generale.

Data chiusura delle attività in loco e chiusura contabile: 11 mesi dalla data di approvazione del POG.

Data di avvio delle attività: La data di avvio delle attività del programma dovrà essere comunicata ufficialmente via messaggio (PIT-DIR) prima dell'inizio delle attività stesse dalla Sede estera AICS alla Sede centrale AICS. Prima della data di avvio delle attività potranno essere effettuate solo le spese volte alla realizzazione di attività di gestione corrente per l'avvio e/o il funzionamento della struttura dell'Ufficio di Programma in loco o per la realizzazione di studi di fattibilità preliminari e necessari alla predisposizione del Piano Operativo Generale. L'importo massimo di tali spese è specificato nella Proposta di Finanziamento. Tali spese dovranno successivamente essere riportate nel piano finanziario del Piano Operativo Generale.

Data chiusura delle attività in loco e chiusura contabile: _____ mesi dalla data di avvio comunicata dalla Sede AICS ⁴.

⁴ NB: Se la Sede estera AICS comunica come data di avvio delle attività il 15/01/2012 e la durata del programma è 11 mesi, la data di chiusura delle attività e contabile sarà il 14/12/2012. A seguito della data di chiusura del programma, non potranno essere più effettuate spese.