



Modello per la redazione della proposta completa

INFORMAZIONI GENERALI		
Nome e sigla del Soggetto Proponente	Fondazione di Religione "Opera San Francesco Saverio" – C.U.A.M.M.	
Decreto di iscrizione all'Elenco	Decreto n° 2016/337/000119/4	
Nome e sigla della Controparte/i Locale/i	Nome Completo	Natura Giuridica
	Dipartimento Sanitario della South Omo Zone (SOZHD)	Ente pubblico locale: Autorità sanitaria zonale etiope
Partner iscritti all'Elenco	Nome Completo	Natura Giuridica
	Centro Italiano Aiuti all'Infanzia - CIAI	ONLUS, appartenente ai Soggetti al Capo VI della L. 125/14 con Decreto n. 2016/337/000157/0
Altri Partner	Nome Completo	Natura Giuridica
	Centro per la Salute del Bambino CSB	ONLUS
Titolo dell'Iniziativa	I primi 1000 giorni. Garantire servizi sanitari di qualità a mamme e bambini della South Omo Zone	
Paese/i di realizzazione dell'Iniziativa tra quelli compresi nella Lista OCSE-DAC.	Codice: _2_ _3_ _8_ Nome: Etiopia	
Regione di realizzazione	Southern Nations, Nationalities, and Peoples' Region (SNNPR)	
Località di realizzazione	South Omo Zone, Jinka Town e Hamer Woreda	
SDGs [indicarne al massimo 3] e relativi Target	Obiettivi	Target
	2 Porre fine alla fame, realizzare la sicurezza alimentare e una migliore nutrizione e promuovere l'agricoltura sostenibile.	2.1: Entro il 2030, porre fine alla fame e garantire l'accesso a tutte le persone, in particolare poveri e le persone in situazioni vulnerabili, tra cui i bambini, a cibo sicuro, nutriente e sufficiente per tutto l'anno 2.2 Entro il 2030, porre fine a tutte le forme di malnutrizione, raggiungendo, entro il 2025, gli obiettivi

	3 Garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età.	concordati a livello internazionale sulla nutrizione dei bambini sotto i 5 anni di età, sul soddisfare le esigenze nutrizionali di adolescenti, donne in gravidanza e in allattamento e persone anziane. 3.1 Entro il 2030, ridurre il tasso di mortalità materna globale; 3.2 Entro 2030, ridurre la mortalità di neonati e bambini sotto i 5 anni di età, in tutti i paesi con l'obiettivo di ridurre la mortalità neonatale almeno a partire dal 12 per 1.000 nati vivi e la mortalità dei bambini sotto i 5 anni almeno a partire da 25 per 1.000 nati vivi.
Indicatori SDG per ogni target indicato	TARGET 2.1 2.1.1 Prevalenza dello “stunting” (altezza per età <-2 deviazioni standard dalla media degli Standards di Crescita del Bambino definiti dal WHO) tra i bambini sotto i 5 anni d’età. TARGET 2.2 2.2.2 Prevalenza della malnutrizione (peso per altezza >+2 or <-2 deviazioni standard dalla media degli Standards di Crescita del Bambino definiti dal WHO) tra i bambini sotto i 5 anni d’età, per tipologia (wasting e sovrappeso) TARGET 3.1 3.1.1 Tasso di mortalità materna 3.1.2 % di parti assistiti da personale sanitaria qualificator (SBA) TARGET 3.2 3.2.1 % di mortalità nei bambini sotto i 5 anni. 3.2.2 % di mortalità neonatale	
Settore OCSE-DAC	Indicare fino a 3 settori e le relative % Settore 1: _1_ _2_ _2_ _3_ _0_ %: __ _6_ _0_ Settore 2: _1_ _2_ _2_ _4_ _0_ %: __ _2_ _0_ Settore 3: _1_ _3_ _0_ _2_ _0_ %: __ _2_ _0_	
Policy Objectives OCSE/DAC	Gender Equality Policy Marker Principal Objective Aid to environment Not Targeted Participatory Development/ Good Governance Significant Objective Trade development marker Not Targeted	
Rio Marker	Biodiversity Not Targeted Climate change Not Targeted Desertification Not Targeted Adaptation Not Targeted	
Marker socio-sanitari	Disability At least a quarter of the funding is targeted to the	

	objective Contributions to reproductive, maternal, newborn and child health Explicit primary objective
Provenienza della Codificazione degli Indicatori applicati all’Iniziativa	WHO Global Reference List of 100 Core Health Indicators 2018 WHO_UNICEF, Child growth Standards and the Identification of severe acute malnutrition in infants and children, Geneva, 2009 WHO, Provision of effective antenatal care, standards. Geneva, 2002 WHO Monitoring emergency obstetric care: a handbook. Geneva, 2006 WHO, Postpartum Care for the Mother and Newborn: a Practical Guide, Geneva, 1998 WHO, Updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children Guidelines, Geneva, 2013
Documenti, strategie globali, Regionali, del Paese, del sistema NNUU e/o multi-attori all’interno dei quali si innesta il progetto (Programme-based approach)	Strategie Paese: • <i>Federal Democratic Republic of Ethiopia , Ministry of Health, Ethiopia Health Sector Transformation Plan (HSTP) 2015/16 - 2019/20</i> • <i>Federal Democratic Republic of Ethiopia, Ministry of Health, HSTP Woreda Based Health Sector Annual Core Plan 2019/20.</i> • <i>Federal Democratic Republic of Ethiopia, Ministry of Health, Ethiopia Health Sector Transformation in Quality (HSTQ), Settembre 2016.</i> • <i>Federal Democratic Republic of Ethiopia, Ministry of Health, Ethiopia Health Sector Transformation Plan Annual Performance Report 2016/17.</i> • <i>Federal Democratic Republic of Ethiopia, Ministry of Health, Health Extension Program Implementation Guideline” 2005.</i> • <i>Federal Democratic Republic of Ethiopia , Ministry of Health, National Nutrition Programme (CSS) (2016-2020)</i> • <i>Federal Democratic Republic of Ethiopia , Ministry of Health, National Newborn and Child Survival Strategy (CSS) (2015-2020)</i> Strategie globali: • <i>The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action – ‘One-Plan, One-Budget e One-Report’</i> • <i>Every Woman Every Child movement, with strong engagement from WHO and builds upon the Global strategy for women’s, children’s and adolescents’ health (2016-2030).</i> • <i>WHO- UNICEF Global Strategy for Infant and Child Feeding, Geneva 2003.</i> • <i>WHO Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities, 2016.</i> • <i>WHO Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential, 2018.</i> • <i>Ethiopia’s 2015 Seqota Declaration, which reaffirmed the</i>

	<i>government's commitment to improving nutrition through a high level agenda to end child undernutrition by 2030</i>
Durata prevista dell'Iniziativa	36 mesi
L'intervento si innesta all'interno di un'altra iniziativa in corso realizzata dal proponente con fondi propri o di altri finanziatori?	L'iniziativa non si innesta in un'altra iniziativa in corso
Costo Totale	€2.000.177,28
Contributo AICS	€ 1.800.000, 00
Apporto Monetario del Proponente	€ 185.472,76 (9,27%)
Apporto Monetario di Altri (CIAI)	€ 14.704,52 (0,74%)
Rate di contributo (pari al numero delle annualità di durata dell'Iniziativa)	<i>I rata € 622.781,95</i> <i>II rata € 601.336,96</i> <i>III rata € 575.881,09</i>
Descrizione sintetica dell'Iniziativa	Nonostante i progressi ottenuti, in Etiopia ogni 100.000 neonati nati vivi, muoiono 412 madri, e si registrano ancora 29 morti neonatali e 67 morti di bambini al di sotto dei 5 anni (U5) ogni 1.000 bambini nati vivi. Spesso prevenibili con semplici cure, queste morti sono collegate in gran parte alla malnutrizione, sia delle mamme che dei bambini. La Southern Nations, Nationalities, and Peoples' Region (SNNPR), una delle regioni etiopi più povere e popolate, registra alti tassi di malnutrizione tra i bambini U5, tassi di mortalità neonatale e infantile superiori alla media nazionale, associati a tassi di accesso alle cure molto bassi. Tra le zone più svantaggiate nella SNNPR, vi è la South Omo Zone (SOZ; 766.763 ab.), area rurale seminomade dove la mortalità neonatale, infantile e dei bambini U5 rimane superiore alla media nazionale e legata a alti tassi di malnutrizione. Qui, nonostante fragili miglioramenti, la qualità delle cure è insufficiente, così come l'accesso ai servizi sanitari: solo il 66% delle donne partorisce in strutture sanitarie. Nella woreda (distretto) di Hamer (77.560 ab.) situata a sud della SOZ, solo il 34% delle donne partorisce in struttura sanitaria, quasi la metà rispetto alle altre woreda; meno del 40% dei bambini U5 riceve uno screening nutrizionale e solo il 30% dei bambini malnutriti gravi accede a cure nutrizionali salvavita. Scarsa qualità delle cure, associata a barriere culturali e geografiche, sono le cause principali di tale bassa copertura. Con l'obiettivo generale di contribuire a ridurre la mortalità materna, neonatale e dei bambini U5, in particolare legate alla malnutrizione nella South Omo Zone, il progetto si concentra su 2 strutture sanitarie chiave nel sistema sanitario zonale, l'Ospedale di Jinka, di riferimento per tutta la SOZ ma che di fatto serve 3 woreda circostanti Jinka Town, e il Centro di Salute (CS) di Turmi, situato nella woreda di Hamer, futuro ospedale di riferimento per le 3 woreda del sud della SOZ. Il miglioramento della qualità dei servizi dell'Ospedale di Jinka e del CS di Turmi saranno volano del miglioramento qualitativo a

	livello zonale e delle 6 woreda coinvolte. Nella woreda di Hamer azioni capillari di supporto ad accesso e qualità dei servizi sanitari, risponderanno ai gap di copertura menzionati. Il progetto, quindi, mira ad aumentare l'accesso a servizi di qualità per la salute materna, neonatale e dei bambini sotto i cinque anni, inclusi i servizi nutrizionali, presso l'ospedale zonale di Jinka (OS 1) e nella woreda modello di Hamer (OS2). Al fine di migliorare la qualità (RA 1.1 e 2.1) delle cure sanitarie e nutrizionali, il progetto prevede formazione, supervisione e "mentoring" di staff sanitario e comunitario, introduzione di sistemi di monitoraggio qualitativo, riabilitazione di strutture sanitarie, fornitura di farmaci, materiale consumabile ed equipaggiamento. Con un focus sullo sviluppo cognitivo dei bambini malnutriti, il progetto introdurrà i concetti di Early Child Development nei servizi nutrizionali (tramite formazioni di staff sanitario e comunitario, creazione di ECD corners, sensibilizzazione caregiver). Per favorire l'accesso della popolazione isolata e vulnerabile ai servizi di salute (RA 1.2 e 2.2), si prevede: supporto del sistema di ambulanza delle 6 woreda, cliniche mobili, supporto alle case d'attesa e sensibilizzazione nelle scuole (formazione insegnanti, sensibilizzazione e protezione) e nelle comunità (mobilitazione comunitaria, sensibilizzazione). Attraverso assistenza tecnica, formazione, supervisione e creazione di comitati di monitoraggio e revisione dei risultati di progetto, si intende promuovere le capacità locali di gestione dei servizi sanitari delle autorità sanitarie di zona e woreda (RA 1.3 e 2.3), favorendo la sostenibilità delle azioni. Il progetto sarà implementato da CUAMM (salute e nutrizione), CIAI (protezione) e CSB (Early Child Development) secondo le rispettive expertise
Titolo e descrizione sintetica dell'Iniziativa in inglese	The first 1000 days. Ensure access to quality health services for mothers and children in the South Omo Zone Despite the progress achieved, in Ethiopia every 100,000 newborns born alive, 412 mothers die. There are still 29 neonatal deaths and 67 deaths of children under the age of 5 (U5) every 1,000 children born alive. These preventable deaths are mostly correlated with malnutrition, both of the mothers and children. The Southern Nations, Nationalities, and Peoples' Region (SNNPR), one of the poorest and most populous Ethiopian regions, reports high rates of malnutrition among U5 children, neonatal and infant mortality rates above the national average, associated with very poor access to health care. Among the most disadvantaged areas in the SNNPR, there is the South Omo Zone (SOZ; 766,763 inhab.), a semi-nomadic rural area where the neonatal, child and infant mortality of the U5 children are largely above the national average and linked to high rates of malnutrition. Here, despite slight improvements, the quality of health care remains poor as well as the accessibility to health services: only 66% of women give birth in healthcare facilities. In the woreda

	(district) of Hamer (77.560 inhab.) located in the South of the SOZ, only 34% of women give birth in health facilities, almost half of the % registered in the other woredas; less than 40% of U5-children receive nutritional screening and only 30% of severe malnourished children have access to life-saving nutritional care. Poor quality of care, associated with cultural and geographical barriers, are the main causes of this low coverage. With the aim of reducing maternal, neonatal and U5 mortality, particularly related to malnutrition in the South Omo Zone, the project focuses on 2 key health facilities: Jinka Hospital, that despite being the Zonal referral hospital only provides services for the population of Jinka Town and 3 surrounding woreda; Turmi Health Centre, located in Hamer woreda and providing services for the population of 3 woreda in the south of the SOZ. The quality improvement in Jinka Hospital should in turn promote an overall quality improvement at zonal level through the involvement of woreda and zonal health authorities in capacity building and on job training at Jinka Hospital level. In Hamer woreda, the project foresees a specific support to access to quality health services at the three levels of care (HC, health posts and communities). The project, therefore, aims to increase access to quality maternal, neonatal and U5 health services, including nutritional services, at Jinka District Hospital (OS 1) and in Hamer woreda (OS2). In order to improve quality (RA 1.1 and 2.1) of health and nutritional care, the project foreseen training, supervision and mentoring of health and community staff, introduction of quality improvement plans, rehabilitation of health facilities, supply of medicines, consumable and equipment. The project will introduce the concepts of Early Child Development to promote cognitive stimulation coupled with nutritional services (through training of health and community staff, creation of ECD corners, caregiver awareness). To increase access of the most vulnerable population to health services (RA 1.2 and 2.2), the project will provide support to the referral system by ambulance, outreaches, support for waiting houses, involvement of schools (teacher training, awareness and protection) and communities (community mobilization, sensitization). Through technical assistance, training, supervision and the creation of a monitoring and review committees the project will promote the local health authorities management capacities (RA 1.3 and 2.3), ensuring sustainability to the action. The project convey the expertise of CUAMM (health and nutrition), CIAI (protection) and CSB (Early Child Development).
--	---

**L'apporto monetario di Altri va incluso nel costo totale dell'iniziativa, pur non avendo natura vincolante in quanto il Soggetto proponente rimane l'unico responsabile nei confronti di AICS della quota complessiva di co-finanziamento non suscettibile di alcuna modifica.*

1. IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI, ANALISI DELLE RISPOSTE, RISCHI E MISURE DI MITIGAZIONE

1.1 DESCRIZIONE DEL PROCESSO E DELLA METODOLOGIA DI IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI

Needs assessment:

1. Desk review: la strategia è stata identificata nell'ambito del progetto AICS CUAMM implementato in South Omo (AID 10568/CUAMM/ETH) attraverso monitoraggio dei dati sanitari di woreda (dati ufficiali) raccolti da CUAMM presso le 3 woreda (Hamer, Dasenech e Male) e dei dati di attività dell'Ospedale di Jinka e del Centro di Salute di Turmi e attraverso continuo confronto con le autorità sanitarie.
2. 19-27/08/2018: Rapid-appraisal da parte di personale medico CUAMM in missione con la controparte (SOZHD): visita alle strutture sanitarie, analisi dei gap attraverso checklist CUAMM basata su framework WHO¹ e incontri con staff sanitario, autorità sanitarie, pazienti e leader comunitari.
3. 09/2018: Desk review di linee guida nazionali/internazionali e analisi estensiva dei bisogni in base a dati socio-demografici e sanitari zionali e di woreda raccolti al punto 1 e 2 (effettuata da staff clinico e di salute pubblica CUAMM); discussione strategia di intervento con partner CSB e CIAI.
4. 10-11/2018: Rapid appraisal comunitario del partner CIAI, in collaborazione con CUAMM, presso la SOZ. Definizione della strategia di intervento e condivisione con SOZHD per approvazione strategia.

Strumenti e fonti di informazioni:

1. Fonti pubbliche: Demographic-Health-Survey 2016, Annual-Performance-Report (EFY2009: 2016/17); Dati sanitari di Woreda; Reports di Ospedale di Jinka e Centro di salute di Turmi (EFY2010: 2017/18).
2. Fonti dirette ufficiali non pubbliche: dati progetto AID 10568/CUAMM/ETH su woreda di Hamer, Dasenech e Male.
3. Fonti non pubbliche dirette: Manenti, F. 2018. Report di missione South Omo; Metz, D. 2018. Advisory Report "Improving Paediatric Care in Turmi HC and Jinka Hospital"; Micheli, I. 2016. Ricerca antropologica South Omo; Report CIAI.

Situazione di partenza evidenziata dal needs assessment:

In **Etiopia**, la mortalità dei bambini sotto i 5 anni (U5) è scesa del 60% in 16 anni ma rimane molto elevata (67/1000 nati vivi). La mortalità neonatale (48/1000) non ha registrato un declino così significativo (41%). Il 43% delle morti di bambini U5 avviene entro il 1° anno di vita ed è dovuta per più di 2/3 a cause prevenibili e curabili^{2, 3}. La causa sottostante del 53% di queste morti è la malnutrizione dei bambini e delle madri: il 38% dei bambini U5 è malnutrito in modo cronico (stunting), il 10% è affetto da malnutrizione acuta (wasting), il 25% delle donne in età riproduttiva è malnutrito, predisponendo i loro figli a basso peso alla nascita, malnutrizione cronica e minor resistenza immunitaria. Il tasso di mortalità materna resta elevato: 412 madri muoiono ogni 100.000 nati vivi e l'Etiopia è distante dal target 2020 (199/100.000 nati vivi)⁴.

La **Southern Nations, Nationalities, and Peoples' Region (SNNPR)**, regione a economia seminomade-pastorale tra le più povere e popolate dell'Etiopia, è caratterizzata da alti tassi di malnutrizione tra i bambini U5 (39% stunting, 6% wasting), tassi di mortalità neonatale e infantile superiori alla media nazionale (35 e 88 ogni 1.000 nati vivi) alta natimortalità (7 nati morti ogni 1.000 nascite)⁵. Tali indicatori sono associati a scarso accesso alle cure di qualità: la copertura dei supplementi di vitamina A è al 65% e solo il 56% dei bambini U5 effettua il monitoraggio della crescita. Nonostante siano aumentati i parti assistiti da personale qualificato (78%), il target previsto (87%) non è raggiunto. I cesarei sono il 3% (target

¹ WHO *Everybody's business – Strengthening health systems to improve health outcomes – WHO's framework for action*. WHO, Geneva, Switzerland, 2007

² Central Statistical Agency (CSA) [Ethiopia] and ICF. 2016. Ethiopia Demographic and Health Survey 2016. Addis Ababa, Ethiopia, and Rockville, Maryland, USA: CSA and ICF

³ Ministry of Health, 2018. Annual Performance Report EFY 2009 (2016-2017)

⁴ MoH, 2018. Annual Performance Report EFY 2009 (2016-2017) (Op. cit.)

⁵ MoH, 2018. Annual Performance Report EFY 2009 (2016-2017) (Op. cit.)

nazionale: 7%). Solo il 78% delle puerpere riceve una visita postparto (vs. media nazionale dell'82%). Delle 2.760 morti materne attese in SNNPR, ne sono state riportate solo 62, segno che complicanze e decessi materni avvengono fuori dalle strutture.

Tra le zone più svantaggiate della SNNPR, vi è la **South Omo Zone (SOZ) (766.763 abitanti)**. Interventi sanitari recenti hanno portato a miglioramenti (l'89% delle donne effettua 4 visite prenatali e l'83% riceve una visita postparto)⁶. Tuttavia, rimane bassa la percentuale di donne che partorisce in strutture sanitarie (66%). Mentre alcune woreda riscontrano miglioramenti, nella **woreda** (o **distretto**) di **Hamer** i progressi stentano: solo il 34% delle donne gravide partorisce in struttura sanitaria, il 18% delle donne gravide effettua le 4 visite prenatali e solo il 55% effettua una visita post parto. La copertura vaccinale completa per i bambini U1 è del 58%. Solo il 39% dei bambini U5 effettua screening nutrizionale e il 30% dei bambini affetti da malnutrizione acuta severa (SAM) riceve cure⁷.

La proposta è **coerente** con il **programma paese** sancito nell'**Ethio-Italian Cooperation Framework 2017-2019**, che conferma l'impegno italiano a supporto dell'Health Sector Transformation Plan, incorporando l'empowerment femminile e la lotta alla malnutrizione come temi trasversali. In particolare, il progetto contribuisce a raggiungere gli obiettivi dell'iniziativa "**Integrated Community Based Nutrition in SNNPR**", in quanto contribuisce alla lotta alla malnutrizione in aree caratterizzate da iniquo accesso ai servizi di salute.

1.2 PROBLEMI E BISOGNI IDENTIFICATI

Problemi identificati a livello locale:

1. Insufficiente qualità dei servizi sanitari materno, neonatali e dei bambini U5

L'ospedale di **Jinka**, non offre servizi adeguati per un Ospedale di riferimento Zonale: la mortalità "intrapartum stillbirth" è al 5,4%, la mortalità per malnutrizione è dell'11%, anche se la mortalità materna per cause dirette ostetriche sembra < 1% (target WHO) non c'è un adeguato monitoraggio delle emergenze ostetriche (MDOC).

Il centro di salute di **Turmi**, che il Ministero intende promuovere a ospedale rurale, non è ancora in grado di garantire continuamente assistenza alle emergenze ostetriche. La mortalità "intrapartum stillbirth" è del 2,5%. Ciò si correla ai seguenti gaps:

- Staff sanitario non adeguato (numericamente e qualitativamente) applica protocolli in maniera errata e discontinua; demotivato da scarsa supervisione e azioni di miglioramento qualitativo;
- Il team di gestione delle 2 strutture sanitarie ha scarse capacità di monitoraggio e pianificazione dei servizi con conseguenze sulla qualità (incluso inadeguata pianificazione di farmaci e equipaggiamento);
- Il sistema di monitoraggio non prevede indicatori di qualità, i registri sono incompleti o inaffidabili. Quando disponibili, i dati non sono analizzati per pianificare gli interventi.
- Infrastrutture (impianto elettrico, idraulico-sanitario, sanificazione) inadeguate, per carenze finanziarie e di scarso coordinamento delle iniziative.

L'iniziativa intende formare e affiancare con mentoring lo staff, adottare misure di miglioramento qualitativo, riabilitare le infrastrutture e fornire attrezzature e farmaci essenziali per garantire continuità al servizio.

2. Scarso accesso a servizi sanitari materno, neonatali e dei bambini U5

L'ospedale di **Jinka** dovrebbe essere di riferimento per tutta la South Omo Zone ma assiste solo il 14% dei parti attesi nell'area di Jinka Town e delle tre woreda limitrofe (**Male, Bennatsemay, South Ari**); inoltre assiste solo il 20% delle MDOC attese dell'area di Jinka Town e circa 6% delle MDOC attese dalle 3 woreda limitrofe.

Il centro di salute di **Turmi**, dovrebbe essere di riferimento per le 3 woreda del sud (**Dasanech, Hamer, Nyangatom**) tuttavia solo il 34% delle donne di Hamer partorisce in struttura sanitaria e il Centro di Salute Turmi assiste solo il 5% delle MDOC attese. Ciò si correla ai seguenti gap:

- Sistema di riferimento in ambulanza inefficiente e irregolare (mancanza di fondi e scarse

⁶ Dati EFY 2011 Woreda Based Health Sector Plan

⁷ Dati Woreda Hamer, HMIS 2018

competenze di gestione).

- Barriere di accesso ai servizi sanitari: geografiche, economiche, culturali legate allo stile di vita semi-nomadico e barriere legate alla scarsa conoscenza dei servizi e percezione di scarsa qualità dei servizi stessi.
- Debole consapevolezza dei bisogni di salute di madri e bambini, diffusione di pratiche negative (metà dei bambini è allattato al seno in modo esclusivo, solo il 4% dei bambini ha una dieta sufficientemente variata).

Si intende rafforzare il riferimento in ambulanza; organizzare cliniche mobili (outreach) per raggiungere le popolazioni seminomadi; promuovere l'accesso attraverso attività di awareness nelle comunità e nelle scuole; utilizzare "opportunità" di contatto con la popolazione (tempi di attesa, presenza delle care-givers presso le unità di riabilitazione nutrizionale di Jinka e Turmi, permanenza delle gestanti nelle "case d'attesa") per promuovere pratiche migliorate di salute e riferimento ai servizi sanitari.

3. Deboli capacità delle autorità di woreda, zonali e regionali di pianificare e gestire i servizi sanitari

- Mancanza di strumenti e conoscenze per intraprendere azioni di miglioramento qualitativo.
- Mancanza di coordinamento e comunicazione per la gestione dei servizi sanitari (sistema di riferimento, approvvigionamento, analisi dati) tra i vari livelli della piramide sanitaria.

L'iniziativa intende rafforzare le capacità delle autorità di woreda e zonali attraverso assistenza tecnica, formazione, rafforzamento del sistema di raccolta dati.

1.3 ANALISI DELLE RISPOSTE AI PROBLEMI E AI BISOGNI IDENTIFICATI

Per rispondere ai **bisogni di salute della popolazione più vulnerabile della South Omo Zone e aumentarne l'accesso a servizi sanitari materno infantili, neonatali e nutrizionali di qualità**, CUAMM e le autorità sanitarie hanno scelto di focalizzare l'intervento su due strutture sanitarie chiave:

1. **L'ospedale di Jinka:** struttura di riferimento per tutte le emergenze ostetriche, neonatali e pediatriche della **SOZ**, nonché centro di training a livello zonale e di supervisione delle altre strutture sanitarie; accoglie principalmente la popolazione di **Jinka Town**, delle woreda di **South Ari, Male e Bennatsemay** (616.866 abitanti).
2. **Il Centro di salute di Turmi:** collocato presso la woreda di Hamer dove si registrano gli indicatori di salute e di accesso peggiori a livello zonale. Il CS Turmi, futuro ospedale rurale da piani governativi, è di riferimento per la popolazione delle woreda di **Dasanech, Hamer, Nyangatom** (172.803 persone).

L'azione si basa sulla strategia dei 1.000 giorni⁸ adottata a livello locale⁹, in quanto mira a rafforzare i servizi materno-infantili e nutrizionali, sensibilizzare la popolazione e formare lo staff. Presso le due strutture si attueranno misure di miglioramento qualitativo¹⁰ adottate a livello nazionale¹¹. Si introdurranno in particolare misure di Early Child Development¹² adottate a livello locale¹³ dimostrate avere un impatto importante se abbinate all'intervento di riabilitazione nutrizionale¹⁴.

Presso la woreda di Hamer sarà adottato un approccio orizzontale di dimostrata efficacia¹⁵ che favorisce il "continuum of care" dalla comunità ai centri di salute e all'ospedale (Centro di Salute di Turmi) passando attraverso il coordinamento dei vari livelli (supporto alle autorità sanitarie) e saranno applicate delle strategie che, se dimostrate efficaci, grazie al forte coinvolgimento delle autorità sanitarie, potranno essere replicate in altre woreda con condizioni socio-economiche simili (popolazioni seminomadi e

⁸ WHO- UNICEF Global Strategy for Infant and Child Feeding, Geneva 2003

⁹ Federal Democratic Republic of Ethiopia, Ministry of Health, Ethiopia Health Sector Transformation Plan (HSTP) 2015/16 - 2019/20

¹⁰ WHO Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities, 2016

¹¹ Federal Democratic Republic of Ethiopia, Ministry of Health, Ethiopia Health Sector Transformation in Quality (HSTQ), Settembre 2016.

¹² WHO, UNICEF, WBG. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization

¹³ Ministry of Education, Ministry of Health, Ministry of Women's Affairs, Early childhood care education policy and strategic framework, 2018
Ministry of Education, Ministry of Health, Ministry of Women's Affairs, Early childhood care education policy and strategic framework, 2018

¹⁴ Hoddinott J, Maluccio JA, Behrman JR, Flores R, Martorell R. Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults. Lancet. 2008;371(9610):411-6

¹⁵ Mounier-Jack, Sandra et al. "Integrated care: learning between high-income and low- and middle-income country health systems" Health policy and planning vol. 32, suppl_4 (2017): iv6-iv12.

pastorali).

Rispetto alle necessità emerse, la proposta sviluppa **sei gruppi di attività**, corrispondenti ai **risultati attesi**, che declinano il sostegno alla **qualità** dei servizi sanitari, la promozione dell'**accesso** e il supporto alla **governance sanitaria**:

1. Formazione, mentoring, assistenza tecnica presso l'Ospedale di Jinka, supporto infrastrutturale, approvvigionamento farmaci e materiali, ai fini di migliorare la qualità dei servizi materno, neonatali e per i bambini sotto i 5 anni, inclusi i servizi nutrizionali **(RA 1.1)**.
2. Outreach, campagne di sensibilizzazione presso le comunità e le scuole di Jinka town e supporto al sistema di riferimento in ambulanza, per incrementare l'accesso ai servizi ostetrici neonatali e dei bambini U5 **(RA 1.2)**.
3. Assistenza tecnica alle autorità zonali e di woreda per la promozione di miglioramento qualitativo, supporto alla raccolta dati e pianificazione delle attività sanitarie (inclusa gestione dei farmaci e approvvigionamento) e sostegno ai servizi erogati a livello di woreda (formazioni specifiche a livello zonale per lo staff sanitario, fornitura di equipaggiamenti e buffer stock di farmaci e materiali) **(RA 1.3)**.
4. Assistenza tecnica, formazione e mentoring dello staff, supporto infrastrutturale, fornitura di equipaggiamenti, farmaci e materiali per migliorare la qualità dei servizi materno, neonatali e per i bambini U5, inclusi i servizi nutrizionali presso il Centro di Salute di Turmi **(RA 2.1)**.
5. Cliniche mobili (Outreach), sensibilizzazione comunitaria, supporto alle case d'attesa e al sistema di riferimento in ambulanza per promuovere l'accesso a servizi materno, neonatali e per i bambini U5, inclusi i servizi nutrizionali presso la woreda di Hamer **(RA 2.2)**.
6. Assistenza tecnica alle autorità sanitarie di woreda (formazione, supporto infrastrutturale, fornitura di equipaggiamenti e buffer stock di farmaci e materiali) al fine di migliorare le loro capacità di pianificare, gestire e monitorare i servizi sanitari di woreda **(RA 2.3)**.

1.4 ANALISI DEI RISCHI E MISURE DI MITIGAZIONE

Rischi esterni	Probabilità / Rilevanza		Mitigazione
	(Min. 1- Max. 3)		
Politici, sicurezza - Escalation di tensioni in alcune aree (Benshangul-Gumuz; West Guji-Gedeo), di proteste e manifestazioni violente, che potrebbero eventualmente rendere difficili soprattutto gli spostamenti via terra - Microcriminalità comune in aree urbane come Addis Abeba o Jinka, che potrebbe ostacolare lo svolgimento di attività.	1	3	- Monitoraggio dei fattori di rischio (comunicazione con sede CUAMM Etiopia, Rappresentanza Diplomatica Italiana e Agenzie Internazionali). - Partecipazione del Rappresentante Paese a tavoli di coordinamento delle ONG e delle OOII in Etiopia - Formazione prepartenza personale espatriato e formazione personale locale su procedure di sicurezza e catena di comando - Riduzione presenza staff in aree a rischio - Organizzazione di missioni brevi, riduzione missioni in caso di restrizioni agli spostamenti - Coordinamento con sede operativa CUAMM e Ambasciata Italiana, in caso di situazioni che prevedano evacuazione
	1	2	
- Comunicazioni e spostamenti possono risultare difficili in caso di aumenti delle tensioni a cui di solito fa seguito il blocco dei servizi telefonici e blocchi di controllo stradali - Tensioni tra le comunità pastorali dell'area potrebbero compromettere gli spostamenti nell'area	1	1	
	1	2	

• Instabilità dei finanziamenti ai programmi sanitari causata da eventuali crisi economiche dovute a fattori internazionali	1	2	• La formulazione del progetto tiene conto della sostenibilità finanziaria delle attività (supportando attività/servizi già previsti nel budget di woreda o che necessitano di investimenti minimi (ECD) con alti ritorni socio-economici) e include buffer stock di farmaci, consumabili • Advocacy/negoziazione/fundraising presso OOII in caso di crisi economica, affinché non vengano interrotti i finanziamenti essenziali
Economico-sociali • Scarsa partecipazione da parte della comunità locale	1	3	• Adesione all'Health extension program per coinvolgimento società civile nella gestione della salute comunitaria • Contestualizzazione (tramite analisi antropologica) degli interventi di awareness • Supervisione staff sanitario e comunitario per monitorare partecipazione
Economico-ambientali • Siccità e piogge (con conseguente inagibilità strade, aumento rischio incidenti)	3	1	• Manutenzione veicoli e formazione autisti e staff
Rischi Operativi • Difficoltà di coordinamento delle attività con le autorità sanitarie locali e altri partner	1	3	• Firma di Memorandum of Understanding con linee guida di gestione tecnico-finanziaria, di comunicazione e reporting • Inclusione di partner e controparte nella gestione del progetto, monitoraggio tecnico amministrativo regolare da parte della sede • Capacity building per la parte amministrativo-gestionale (procedure AICS) • Partecipazione a tavoli di coordinamento nazionali, regionali e zonali • Affiancamento dello staff di progetto alle autorità sanitarie per incentivare l'implementazione congiunta • Incontri regolari con controparte per discutere attività • Assistenza tecnica alla controparte
• Ritardo nel rilascio di visti e permessi di lavoro e soggiorno per il personale espatriato e restrizione nelle autorizzazioni ad operare legalmente in Etiopia, con conseguenti ritardi	2	2	• Calendarizzazione efficace delle missioni

nell'implementazione delle attività			
Elevato turnover staff sanitario, con conseguente scarsa motivazione e disinteresse	1	2	- Coinvolgimento autorità sanitarie e direzione sanitaria delle strutture target nella definizione del calendario attività (per evitare sovraccarico di lavoro) - Approccio partecipativo e di mentorship

2. QUADRO LOGICO E CRONOGRAMMA

Logica del progetto	Indicatori oggettivamente verificabili	Fonti di verifica	Condizioni
<i>Obiettivo generale</i> Contribuire alla riduzione della mortalità materna, neonatale e dei bambini sotto i 5 anni, in particolare legate alla nutrizione, in South Omo Zone, Regione SNNPR, Etiopia.	Prevalenza di malnutrizione di tipo “stunting” nei bambini sotto i 5 anni. (SDG 2 – target 2.2.1) BASELINE: 38% dato Nazionale - 39% (DHS 2016 - dato relativo alla SNPPR) TARGET: 26% entro il 2020 (EHSTP) Prevalenza di malnutrizione di tipo “wasting” nei bambini sotto i 5 anni. (SDG 2 – target 2.2.2) BASELINE: 10% (DHS 2016 - Nazionale); 6% DHS 2016 dato relativo alla SNNPR). Di cui malnutrizione di tipo severa e acuta (>3 SD weight for height): 1.7% (DHS 2016 – Regione SNNPR) TARGET: 4.9% entro il 2020. (EHSTP) Mortalità Materna: n di morti materne su 100.000 nati vivi (SDG3 Target 3.1.1) BASELINE 412 su 100.000 nati vivi (DHS 2016¹⁶) TARGET Paese: 199 su 100.000 nati vivi entro 2020 (EHSTP¹⁷) Mortalità Neonatale: n di morti neonatali su 1000 nati vivi (SDG3 target 3.2.2) BASELINE 35 su 1000 nati vivi. (DHS 2016 – Dato relativo alla SNPPR) TARGET: 10 su 1.000 nati vivi entro il 2020 (EHSTP)	Valori di baseline di mortalità (materna, neonatale e U5) e di malnutrizione provengono da Ethiopia Demographic and Health Survey 2016. Valori target per tutti gli indicatori provengono dal Ethiopian Health Sector Transformation Plan 2015/16- 2019/20. Metodologia di raccolta dati: tali indicatori di popolazione vengono monitorati in concomitanza con la realizzazione di DHS nel Paese. Esiste anche un monitoraggio dei dati di mortalità annuo, sulla base di dati riportati da Woreda, Zona e Regione ma tali dati provengono principalmente dalle attività registrate a livello di strutture sanitarie, non di popolazione. Le stime nazionali verranno monitorate anche su base annuale dalle stime UN e dal sito Countdown report to 2030 – Etiopia Profile.	

¹⁶ Central Statistical Agency (CSA) [Ethiopia] and ICF. 2016. *Ethiopia Demographic and Health Survey 2016*. Addis Ababa, Ethiopia, and Rockville, Maryland, USA: CSA and ICF.

¹⁷ The Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health. *Health Sector Transformation Plan, 2015/16 - 2019/20 (2008-2012 EFY)*. Addis Ababa. Etiopia, Ottobre 2015.

	Mortalità dei bambini sotto i 5 anni: n di morti su 1000 bambini sotto i 5 anni entro il 2020. (SDG 3 - Target 3.2.1) BASELINE: 88 su 1000 nati vivi (DHS 2016 - Dato relativo alla SNPPR) TARGET: 30 su 1000 nati vivi entro il 2020 (EHSTP)		
<i>Obiettivi specifici</i> OS1. Aumentare l'accesso a servizi di qualità per la salute materna, neonatale e dei bambini sotto i 5 anni, inclusi i servizi nutrizionali, presso l'ospedale zonale di Jinka, di riferimento per tutta la South Omo Zone.	I.OS 1.1. % di donne gravide con complicanza ostetrica maggiore di tipo diretto (MDOC) assistite all'Ospedale di Jinka sulle MDOC attese nell'area. (15% parti attesi – indicazione WHO). BASELINE (Dati Ospedale di Jinka 2018 con le woreda di riferimento): Jinka Town 20%; Bennatsemay 9% South Ari 5%; Male 4% TARGET Jinka Town 100%; Bennatsemay 15% South Ari 10%; Male 8% Provenienza e codificazione internazionale: WHO Monitoring emergency obstetric care: a handbook. Geneva, 2006. IOS 1.2 N di accessi pediatrici presso Jinka Hospital (accessi pediatrici, visite ambulatoriali dei bambini U5, accessi in neonatologia). BASELINE: (Dati Jinka Hospital 2018): 1184 ammissioni in pediatria, 13.728 bambini visitati in OPD U5, 469 neonati presso la neonatologia. TARGET: aumento del 20% annuo: 2.046 ammissioni in pediatria, 23.815 bambini	Fonte degli indicatori IOS.1.1, 1.2 e 1.3 sono i dati sanitari raccolti di routine presso l'Ospedale di Jinka. (HMIS) Metodologia di raccolta dati: IOS.1.1: L'Ospedale di Jinka ha un sistema di raccolta dati che traccia il numero dei parti e, in particolare, il numero dei parti cesarei. Il personale di progetto (CP CUAMM e Assistente di Progetto) raccoglierà trimestralmente tali dati. CUAMM introdurrà inoltre un monitoraggio specifico delle emergenze ostetriche di tipo diretto (Major Direct Obsteric Complications, MDOC) con attività di formazione specifica. Verrà altresì migliorato, attraverso l'introduzione del sistema di auditing delle morti materne (MDSR) il sistema di raccolta dati relativi alla mortalità per cause dirette ostetriche. Infine il progetto introdurrà un monitoraggio specifico sulla provenienza delle MDOC riferite dalle Woreda all'Ospedale di Jinka (% di maggior provenienza, appropriatezza dei riferimenti). IOS 1.2: Trimestralmente, lo staff di	- Stabilità nei processi di implementazione e finanziamento dei programmi/ politiche sanitarie a livello di Zona e Regione. - Stabilità nella politica relativa alle risorse umane sanitarie, alla formazione sanitaria. - Continuità nella disponibilità da parte del Governo e degli altri partners sanitari di risorse (salari del personale, farmaci, attrezzature e supplementi nutrizionali) a supporto dei servizi materno neonatali e dei bambini sotto i 5 anni di Jinka Hospital. - Disponibilità e interesse da parte del personale ospedaliero ad essere formato e supervisionato - Limitato turnover del personale sanitario - Assenza di calamità naturali o eventi climatici estremi tali da causare una imprevista condizione di carestia, alluvione, sfollamento. - Assenza di guerre o situazioni di conflitto tali da deteriorare il quadro di sicurezza del contesto.

	visitati in OPD U5, 624 neonati in neonatologia/anno. Provenienza e codificazione internazionale: Global Reference List of 100 Core Health Indicators 2018 IOS 1.3 % di bambini sotto i 5 anni affetti da malnutrizione acuta e severa (SAM) riferiti all'Ospedale di Jinka per il trattamento sui SAM attesi nell'area. BASELINE: 153 casi ammessi all'Ospedale di Jinka: 13% di copertura rispetto ai casi SAM attesi nell'area. TARGET: 288 casi l'anno (al III anno) ammessi all'unità di riabilitazione nutrizionale di Jinka: 27% di copertura rispetto ai casi SAM attesi nell'area. Target WHO-UNICEF: 100% Provenienza e codificazione internazionale: WHO_UNICEF, Child growth Standards and the Identification of severe acute malnutrition in infants and children, Geneva, 2009	progetto raccoglierà i dati relativi agli indicatori proposti. Sarà introdotto da progetto il monitoraggio delle provenienze (woreda geografica e appropriatezza dei riferimenti) dei casi di emergenza pediatrica (speculare al riferimento delle MDOC). IOS.1.3: Trimestralmente lo staff di progetto analizzerà i dati sanitari di routine raccolti presso l'Unità di riabilitazione nutrizionale dell'Ospedale di Jinka che tracciano anche la woreda di provenienza dei casi di malnutrizione acuta e severa con complicanze che necessitano l'ammissione. Verrà altresì monitorata la correttezza della compilazione dei registri attraverso controllo "on spot" (controllo dei registri - fonte dei dati) da parte del personale di progetto. Tutti i dati verranno condivisi con la direzione ospedaliera e le autorità di Zona e Woreda negli incontri del comitato di revisione semestrale.	
OS2. Aumentare l'accesso a servizi di qualità per la salute materna, neonatale e dei bambini sotto i 5 anni presso una Woreda modello: Hamer.	IOS 2.1% di donne che hanno effettuato almeno 1 visita prenatali. BASELINE (Dati Hamer Woreda 2018): 89,5% TARGET di progetto: 99% TARGET (da EHSTP): 100% Provenienza e codificazione internazionale: WHO, Provision of effective antenatal care, standards. Geneva, 2002	Fonte degli indicatori IOS 2.1, I.2.2, I. 2.3, I2.4, I 2.5, I 2.6, I.2.7, I.2.8, I 2.9: sono i dati sanitari raccolti di routine dalle strutture sanitarie di Woreda e riportate all'ufficio sanitario di Woreda e quindi di Zona e Regione. Metodologia di raccolta: Il personale di progetto (CP e Assistente di Progetto) raccoglierà e analizzerà trimestralmente i dati, con le autorità	- Stabilità nei processi di implementazione e finanziamento dei programmi/ politiche sanitarie a livello di Woreda, Zona e Regione - Stabilità nella politica relativa alle risorse umane sanitarie, alla formazione sanitaria e alle politiche di salute comunitaria. - Continuità nella disponibilità da parte del Governo e degli altri

	IOS 2.2 % di donne che hanno effettuato almeno 4 visite prenatali. BASELINE (Dati Hamer Woreda 2018): 18% TARGET di progetto: 38% TARGET (da EHSTP): 100% Provenienza e codificazione internazionale: WHO, Provision of effective antenatal care, standards. Geneva, 2002 IOS 2.3 % di parti assistiti in struttura sanitaria rispetto ai parti attesi nella woreda /anno. BASELINE (Dati Hamer Woreda 2018): 34% TARGET di progetto: 56% TARGET (da EHSTP): 90% Provenienza e codificazione internazionale: parto assistito da personale qualificato – Global Reference List of 100 Core Health Indicators 2018 IOS 2.4 % di donne gravide con complicanza ostetrica maggiore (stimate essere il 15% dei parti da standard WHO) che viene assistita presso struttura sanitaria di tipo C- EmONC (Comprehensive- Emergency Obstetric and Neonatal Care). BASELINE (Dati Hamer Woreda 2018): 5% TARGET di progetto: aumento del 30% annuo per arrivare ad una copertura del 11%. TARGET: 100% (Target WHO). Provenienza e codificazione internazionale: WHO Monitoring	sanitarie di Woreda, in modo da informare la pianificazione delle attività trimestrali non solo di progetto ma anche di Woreda. In caso di incompletezza, inattendibilità, incongruenza riscontrate nel sistema di raccolta dati, il personale di progetto assieme alle autorità sanitarie di woreda intraprenderanno azioni di verifica presso le unità sanitarie. Il progetto prevede attività specifiche di supporto al sistema di raccolta dati tramite formazione di personale e supervisione costante alle unità periferiche (dove i registri vengono compilati). Tutti i dati verranno condivisi con le autorità di Zona e Woreda negli incontri del comitato di revisione semestrale.	partners sanitari di risorse (salari del personale e degli HEW, farmaci, supplementi nutrizionali) a supporto di Centri di Salute, posti di salute e HEWs. - Disponibilità e interesse da parte del personale sanitario di Woreda ad essere formato e supervisionato e limitato turnover del personale sanitario - Assenza di calamità naturali o eventi climatici estremi tali da causare una imprevista condizione di carestia, alluvione, sfollamento. - Assenza di guerre o situazioni di conflitto tali da deteriorare il quadro di sicurezza del contesto.
--	---	--	---

	emergency obstetric care: a handbook. Geneva, 2006. IOS 2.5 % di donne che effettuano almeno 1 visita post-natale (PNC) entro le 48 ore dal parto BASELINE (Dati Hamer Woreda 2018): 55% Target di progetto: 95% TARGET (EHSTP): 100% Provenienza e codificazione internazionale: WHO, Postpartum Care for the Mother and Newborn: a Practical Guide Geneva, 1998. IOS 2.6. % di infanti (<1) con copertura vaccinale completa BASELINE (Dati Hamer Woreda 2018): 58%. Target di progetto: 95% TARGET (EHSTP): 95%. Provenienza e codificazione internazionale: WHO Global Reference List of 100 Core Health Indicators 2018 IOS 2.7 % di accessi ambulatoriali pediatrici/annui sul totale dei bambini sotto i 5 anni BASELINE (Dati Hamer Woreda 2018): 0,7 accessi pediatrici annui per bambino TARGET: 1,5 accessi pediatrici annui per bambino Provenienza e codificazione internazionale WHO Global Reference List of 100 Core Health Indicators 2018 IOS 2.8 % di bambini che effettuano screening nutrizionale		
--	---	--	--

	BASELINE (Dati Hamer Woreda 2018): 39% TARGET di progetto: 83% TARGET (EHSTP): 100% Provenienza e codificazione internazionale: WHO Updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children Guidelines, Geneva, 2013. IOS 2.9 % di bambini sotto i 5 anni affetti da malnutrizione acuta e severa (SAM) che vengono identificati e riferiti per il trattamento a Turmi HC. BASELINE (Dati Hamer Woreda 2018): 30% TARGET di progetto: 79% Target: 100% (WHO-UNICEF) Provenienza e codificazione internazionale: WHO, UNICEF, Child growth Standards and the Identification of severe acute malnutrition in infants and children, Geneva, 2009.		
--	---	--	--

Logica del progetto	Indicatori oggettivamente verificabili	Fonti di verifica	Condizioni
Risultati attesi RA 1.1 Migliorata la qualità dei servizi materno, neonatali e per i bambini sotto i 5 anni, inclusi i servizi nutrizionali, erogati presso l'ospedale Zonale di Jinka.	IRA 1.1.1 Mortalità materna per cause dirette ostetriche intraospedaliere Baseline (Dati Jinka Hospital 2018): 4 morti materne ovvero 0,175% Target (WHO): <1% Provenienza e codificazione internazionale: WHO Monitoring emergency obstetric care: a handbook. Geneva, 2006. IRA 1.1.2 Mortalità di tipo "intrapartum stillbirth" nei neonati. Baseline (Dati Jinka Hospital 2018): 123 su 2282 parti quindi 5,4% Target (WHO): < 2% Provenienza e codificazione internazionale: WHO Monitoring emergency obstetric care: a handbook. Geneva, 2006. IRA 1.1.3 Mortalità neonatale e pediatrica dell'Ospedale di Jinka BASELINE: Mortalità in NICU 37/469 (8%) mortalità in pediatria 39/1184 (3,3%) TARGET: ridotta <5% la mortalità in NICU; ridotta < 3% la mortalità pediatrica. Provenienza e codificazione internazionale: WHO Global Reference List of 100 Core Health Indicators 2018	La fonte degli indicatori per IRA 1.1.1, 1.1.2 e 1.1.3 sono i dati sanitari raccolti di routine dell'Ospedale di Jinka Metodologia di raccolta dati: l'Ospedale di Jinka ha un sistema di raccolta dati relativamente ai parti e, in particolare, ai parti cesari e ai loro "outcome". Si introdurrà un monitoraggio specifico delle MDOC e dei loro outcome anche in termini di mortalità (auditing delle morti materne e neonatali MDSR). Il progetto si prefigge inoltre di introdurre un monitoraggio di indicatori di qualità previsti a livello internazionale¹⁸ adottati localmente¹⁹ ma attualmente non monitorati. Il miglioramento qualitativo si rifletterà negli indicatori 1.1.1, 1.1.2 e 1.1.3 previsti da progetto. I dati verranno condivisi con la direzione ospedaliera, le autorità di Zona e Woreda negli incontri del comitato di revisione semestrale.	- Continuità nella disponibilità da parte del Governo e degli altri partners sanitari di risorse (salari del personale e degli HEWs, farmaci, supplementi nutrizionali) a supporto dei servizi sanitari erogati presso l'ospedale. - Disponibilità e interesse da parte del personale sanitario dei centri di salute e ospedaliero ad essere formato e supervisionato in particolare relativamente al miglioramento qualitativo dei servizi ostetrico, neonatali pediatrici e di ECD; - Limitato turnover del personale sanitario - Accettazione da parte delle mamme e dei care-givers di attività di Early Child Development presso l'Ospedale di Jinka.

¹⁸ WHO_improving quality of maternal and newborn care in health facilities_2016

¹⁹ Federal Democratic Republic of Ethiopia, Ministry of Health, Ethiopia Health Sector Transformation in Quality (HSTQ), Settembre 2016

	IRA 1.1.4 % di miglioramento delle conoscenze attitudini e pratiche dello staff sanitario di Jinka Hospital relativamente a: servizi ostetrici e neonatali; servizi pediatrici inclusi i servizi di gestione delle emergenze pediatriche. BASELINE: N/A TARGET: migliorare del 50% le conoscenze e pratiche dello staff di neonatologia/pediatria/servizi ostetrici. IRA 1.1.5 N di SAM ammessi presso l'Ospedale di Jinka che vengono curati; Baseline: 83% Target: > 75% % di SAM ammessi presso l'Ospedale di Jinka che abbandonano; Baseline: 6% Target: < 15% % di SAM ammessi presso l'Ospedale di Jinka che muoiono. Baseline: 11% Target: < 10% Provenienza e codificazione internazionale: WHO Updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children Guidelines, Geneva, 2013. IRA 1.1.6 % di miglioramento delle conoscenze attitudini e pratiche dello staff sanitario di Jinka Hospital su gestione dei malnutriti, inclusa componente ECD. BASELINE: N/A TARGET: migliorare del 50% le conoscenze e pratiche dello staff di pediatria e unità di	Fonte di IRA 1.1.4: confronto tra indagine iniziale e a fine progetto sulle conoscenze, attitudini e pratiche dello staff sanitario. Metodologia di raccolta dati: compilazione a inizio e fine progetto di un questionario di autovalutazione di conoscenze e pratiche relativamente all'ambito (MDOC, gestione neonato, ETAT). Fonte per indicatore IRA 1.1.5: dati sanitari di routine dell'Ospedale di Jinka. Metodologia di raccolta dati: gli indicatori relativi agli esiti dei casi di malnutrizione acuta e severa (SAM) vengono monitorati di routine presso l'Unità di Riabilitazione Nutrizionale dell'Ospedale di Jinka. Il personale di progetto raccoglierà trimestralmente i dati e effettuerà altresì un controllo "spot" sui registri dell'unità di riabilitazione nutrizionale (fonte dei dati) per monitorarne la correttezza della compilazione alla fonte. Fonte per indicatore IRA 1.1.6: confronto tra indagine iniziale e finale su conoscenze, attitudini e pratiche in ambito di nutrizione e stimolazione cognitiva dello staff. Metodologia di raccolta dati: compilazione di un questionario di autovalutazione di conoscenze e pratiche di riabilitazione	
--	---	---	--

	malnutrizione.	nutrizionale con stimolazione cognitiva di tipo ECD.	
RA 1.2. Aumentato l'accesso all'ospedale di Jinka per le emergenze, in particolare ostetriche, neonatali e dei bambini sotto i 5 anni, attraverso un sistema di riferimento zonale migliorato.	IRA 1.2.1 N di parti assistiti presso l'Ospedale di Jinka BASELINE (dati di Jinka Hospital 2018): 2282 TARGET: 3943 al III anno (aumento del 20% annuo). Provenienza e codificazione internazionale: parto assistito da personale qualificato WHO Global Reference List of 100 Core Health Indicators 2018 IRA 1.2.2 N di emergenze ostetriche di tipo diretto (MDOC) assistite presso l'Ospedale di Jinka/anno. BASELINE (dati di Jinka Hospital 2018): 148 TARGET: 401 al III anno (aumento del 40% annuo) Provenienza e codificazione internazionale: WHO Monitoring emergency obstetric care: a handbook. Geneva, 2006. IRA 1.2.3 N di neonati ammessi presso la neonatologia dell'Ospedale di Jinka/Anno BASELINE (dati di Jinka Hospital 2018): 469 TARGET: 624 al III anno (10% aumento annuo). Provenienza e codificazione internazionale: WHO, Global Reference List of 100 Core Health Indicators 2018 IRA 1.2.4 N di accessi pediatrici presso	Fonte per IRA1.2.1, 1.2.2, 1.2.3 e 1.2.4 sono i dati sanitari di routine raccolti presso l'Ospedale di Jinka. Metodologia di raccolta dati: il dato verrà raccolto trimestralmente da parte dello staff di progetto dal sistema di raccolta dati ospedaliero e verrà altresì monitorato alla base "on spot" (controllo registri - fonte dei dati). <i>L'aumento degli accessi all'Ospedale di Jinka è considerato come outcome finale delle attività di outreaches (che oltre a offrire servizi curativi e preventivi è strumentale alla promozione del riferimento a Ospedale); di attività di sensibilizzazione comunitaria; di promozione del diritto alla salute nelle scuole di Jinka town. Per queste 3 componenti si propongono sotto anche altri indicatori più di "processo".</i>	- Continuità nella disponibilità da parte del Governo e degli altri partners sanitari di risorse (salari del personale e degli HEWs, farmaci, supplementi nutrizionali) a supporto dei servizi sanitari erogati presso gli Ospedali, i Centri di Salute e a livello comunitario (HEWs) - Accettazione da parte del personale ospedaliero di attività di protezione che rendano la struttura sanitaria più "women and child friendly". - Continuità nella disponibilità di risorse e mezzi necessari per il sistema di riferimento in ambulanza dai centri periferici all'Ospedale di Jinka; - Accettazione da parte delle comunità e in particolare dei "care-givers" di attività di attivazione comunitaria e di dialogo continuo con le strutture sanitarie. - Accettazione da parte dei direttori scolastici, genitori e degli alunni delle scuole di attività di promozione dell'accesso ai servizi sanitari

	l'Ospedale di Jinka/anno BASELINE (dati di Jinka Hospital 2018): 13.728 pazienti pediatrici ambulatoriali e 1.184 pazienti pediatrici ricoverati. TARGET: 23.722 pazienti pediatrici ambulatoriali e 2.046 pazienti pediatrici ricoverati al III anno (aumento del 20% annuo). Provenienza e codificazione internazionale: WHO, Global Reference List of 100 Core Health Indicators 2018 IRA 1.2.5 N di riferimenti in ambulanza per MDOC all'Ospedale di Jinka dalle woredas del South Omo Zone/anno. BASELINE (dati di Jinka Hospital 2018): 98 riferimenti annui in ambulanza per MDOC. TARGET: 215 riferimenti al III anno (sulle 401 MDOC totali attese) (aumento del 30% annuo.) Per i riferimenti pediatrici sono stati recentemente introdotti registri che verranno rafforzati e monitorati dal presente progetto. BASELINE: 70 riferimenti annui in ambulanza TARGET: 121 riferimenti pediatrici in ambulanza al III anno (aumento del 20%) Provenienza e codificazione internazionale: WHO Monitoring emergency obstetric care: a handbook. Geneva, 2006. IRA 1.2.6 N di donne e bambini <5 che accedono ai servizi di tipo outreaches nel	Fonte per gli IRA 1.2.5 sono i registri dei riferimenti in ambulanza di emergenza presso l'Ospedale di Jinka Modalità di raccolta dati: i dati raccolti presso il registro dei riferimenti (Sia per MDOC che pediatrici) saranno analizzati trimestralmente dal personale di progetto non solo per monitorare il trend dei riferimenti ma anche per dare feed-back alle strutture sanitarie di invio sull'appropriatezza o meno del riferimento. Verranno condivisi con le autorità di Zona e Woreda negli incontri del comitato di revisione semestrale. Fonte IRA 1.2.6 sono i registri di outreaches dell'Ospedale di Jinka. Modalità di raccolta dati: saranno analizzati trimestralmente dal personale di progetto	
--	--	--	--

	territorio: BASELINE: Servizio non disponibile TARGET: 9.700 donne e bambini e, in particolare, 2.500 donne gravide (60% delle gravide attese) Provenienza e codificazione internazionale: WHO, Global Reference List of 100 Core Health Indicators 2018 IRA 1.2.6 % di studenti (totale 2,669) delle 2 scuole target coinvolte che riferiscono di conoscere i propri diritti alla salute entro fine progetto BASELINE: 0 TARGET: 20% (dei 2669 studenti) IRA 1.2.7 % di personale docente e di riferimento per le scuole (10 dirigenti scolastici, 6 referenti di PSTA, 40 docenti e 30 referenti dei Clubs scolastici – 86 persone) che riferiscono di conoscere i diritti alla salute, alla protezione dell'infanzia e delle donne. BASELINE: 0 TARGET: 50% (su 86 coinvolti)	per monitorare il trend e verranno condivisi con le autorità di Zona e Woreda negli incontri del comitato di revisione semestrale dei dati. Fonte per indicatore IRA 1.2.6: confronto tra indagine iniziale sulle conoscenze in ambito di diritto alla salute, protezione e dinamiche di genere effettuata a inizio e ripetuta a fine progetto su studenti delle scuole coinvolte. Metodologia di raccolta dati: durante il 1° anno di intervento verrà effettuata una valutazione partecipativa iniziale che sarà quindi riproposta alla fine dell'intervento per monitorare gli effetti delle formazioni e attivazioni in ambito scolastico implementate. Fonte per indicatore IRA 1.2.7: confronto tra pre-test sulle conoscenze in ambito di diritto alla salute, protezione e dinamiche di genere effettuata e post test ripetuta a fine della formazione al personale docente e di riferimento delle scuole coinvolte. Metodologia di raccolta dati: prima degli interventi formativi che coinvolgono le 86 persone di riferimento per le 2 scuole target sarà somministrato un pre-test che verrà ripetuto alla fine della formazione.	
RA. 1.3 Rafforzate le capacità delle autorità sanitarie di Zona di	IRA 1.3.1 Sistema di riferimento delle emergenze via ambulanza rafforzato	Fonte indicatori IRA 1.3.1 e 1.3.2 è il report di progetto e il sistema di raccolta dati	- Stabilità nei processi di implementazione e finanziamento

pianificare, gestire e monitorare i servizi materno, neonatali e dei bambini sotto i 5 anni della South Omo Zone.	secondo le guidelines nazionali BASELINE: NA TARGET: adottato entro il 1 anno. IRA 1.3.2 N di riferimenti in ambulanza per MDOC all'Ospedale di Jinka dalle woredas del South Omo Zone/anno. BASELINE (dati di Jinka Hospital 2018): 98 riferimenti annui in ambulanza per MDOC. TARGET: 215 riferimenti al III anno (sulle 401 MDOC totali attese) (aumento del 30% annuo.) Per i riferimenti pediatrici sono stati recentemente introdotti registri che verranno rafforzati e monitorati dal presente progetto. BASELINE: 70 riferimenti annui in ambulanza TARGET: 121 riferimenti pediatrici in ambulanza al III anno (aumento del 20%) IRA 1.3.3 % delle unità sanitarie che riportano adeguatamente, accuratamente e tempestivamente i dati sanitari (HMIS) BASELINE: 76% delle unità sanitarie riportano i dati in tempo e 87% delle unità sanitarie riportano i dati in modo completo TARGET: 90% IRA 1.3.4 % di unità sanitarie della zona che riportano out of stock di farmaci e materiali almeno una volta l'anno. BASELINE: 90% TARGET: 100%	relativo al trasporto in ambulanza dei casi di emergenza ostetrici e pediatrici Metodologia di raccolta dati: Lo staff di progetto (CP e Assistente di Progetto) avrà accesso ai dati trimestrali relativi ai riferimenti con ambulanza (dei casi sia Ostetrici che pediatrici). Al momento non vi è una registrazione adeguata dei casi riferiti tramite ambulanza che tracci anche la provenienza dei casi stessi e proceda a dare un feed-back ai centri di invio dei casi (feed-back sugli esiti e sull'appropriatezza dell'invio). Il sistema di registrazione sarà rafforzato dal progetto. Fonte degli indicatori IRA 1.3.3 e 1.3.4 e 1.3.5 sono i reports di attività sanitaria implementata nella zona e il Woreda Based Health Sector Plan (2017/18 ovvero EFY 2011). Metodologia di raccolta dati: il personale di progetto analizzerà gli output di attività sanitaria nell'ambito dei meetings di revisione trimestrale delle attività svolte. La revisione di tali dati sarà occasione di monitoraggio e pianificazione delle attività sanitarie non solo di progetto ma anche di Zona. Il supporto previsto in termini di "buffer" di farmaci e materiali per le Woreda sarà subordinato alla presentazione dei dati sanitari di attività.	dei programmi/ politiche sanitarie a livello di Woreda, Zona e Regione. - Stabilità nella politica relativa alle risorse umane sanitarie, alla formazione sanitaria e alle politiche di salute comunitaria di Zona. - Disponibilità e interesse da parte delle autorità sanitarie di Zona al capacity building. - Limitato turn over del personale operante presso gli uffici sanitari di Zona. - Mantenute buone relazioni tra Cuamm e autorità sanitarie di Zona.
---	--	---	---

	IRA 1.3.5 N. di meetings di revisione dati e pianificazione delle attività sanitarie a livello zonale/pianificati. BASELINE: 2 TARGET: 4/anno. (2 review meeting organizzati SOZ, 2 Hamer Woreda) IRA 1.3.6 % di miglioramento conoscenze di N di staff sanitario della Zona viene formato presso Jinka Hospital con training abbinato a on job training su gestione del neonato BASELINE: da definire attraverso il pre-test TARGET: migliorare del 20% le conoscenze su gestione del neonato da parte di 15 staff sanitario (attualmente 5 staff sanitario è stato già formato su gestione del neonato) IRA 1.3.7 % di miglioramento conoscenze di N staff sanitario della Zona viene formato presso Jinka Hospital con training formale abbinato a on job training su gestione dei malnutriti Inclusa componente di Early Child Development BASELINE: da definire attraverso il pre-test TARGET: migliorare del 20% le conoscenze su gestione dei malnutriti da parte di 15 staff sanitario.	Fonte degli indicatori IRA1.3.6 e 1.3.7 sono i reports di formazione dello staff effettuati nell'ambito del progetto. Modalità di raccolta dati: Allo staff coinvolto nella formazione verrà somministrato un pre test e un post test per valutare il miglioramento delle conoscenze. Si prevedono due attività specifiche di formazione di staff sanitario che proviene dai centri di salute di sei woreda della SOZ che (a parte Hamer) non sono direttamente supportate dal progetto. <i>Le ricadute a livello di outcome delle attività di capacity building dello staff di Zona e di Woreda si dovrebbero evincere dalle attività sanitarie delle 6 woreda (dati che non controlliamo ai fini del progetto tranne che per Hamer Woreda) e nell'aumento degli accessi all'Ospedale di Jinka (dati che controlliamo direttamente negli indicatori RA1.1: IRA 1.1.2; 1.1.3; 1.1.4;1.1.5) dovuto ai riferimenti dei casi gravi dalle woreda di South Ari Male e Bennatsemay e nell'aumento degli accessi al Centro di Salute di Turmi (vedesi indicatori di RA 2.2 : IRA 2.2.4, 2.2.5, 2.2.9, 2.2.10, 2.2.13) dovuto agli aumentati riferimenti dalle woreda di Gngangatom, Dasenech e Hamer.</i>	
--	--	---	--

RA 2.1 Migliorata la qualità dei servizi materno, neonatali e per i bambini sotto i 5 anni erogati presso il Centro di Salute di Turmi, Hamer Woreda.	IRA 2.1.1. Mortalità materna per cause dirette ostetriche intraospedaliere Baseline (Dati Turmi HC 2018): 0 Target (WHO): <1% Provenienza e codificazione internazionale: WHO Monitoring emergency obstetric care: a handbook. Geneva, 2006. IRA 2.1.2 Mortalità di tipo “intrapartum stillbirth” nei neonati Baseline (Dati Turmi HC 2018): 2,5 % Target (WHO): < 2% Provenienza e codificazione internazionale: WHO Monitoring emergency obstetric care: a handbook. Geneva, 2006. IRA 2.1.3 % di miglioramento delle conoscenze attitudini e pratiche dello staff sanitario di Turmi HC relativamente a: servizi ostetrici e neonatali e servizi pediatrici anche di emergenza. Baseline: da stabilire. Target: 50% di aumento delle conoscenze e pratiche. IRA 2.1.4 % di SAM ammessi presso Turmi HC che vengono curati Baseline: 11,6% ma il rimanente 88,3% dei rimanenti casi di SAM vengono poi riferiti da Turmi HC agli OTP periferici e di questi	La fonte degli indicatori IRA 2.1.1 e 2.1.2 sono i dati sanitari raccolti di routine presso il Centro di Salute di Turmi, Metodologia di raccolta dati: il Centro di Salute di Turmi ha un sistema di raccolta dati relativamente ai parti e, in particolare, ai parti cesari. Si introdurrà un monitoraggio specifico delle MDOC e dei loro outcome anche in termini di mortalità (auditing delle morti materne e neonatali MDSR). Il progetto si prefigge inoltre di introdurre un monitoraggio di indicatori di qualità previsti a livello internazionale²⁰ adottati localmente²¹ ma attualmente non monitorati. Fonte di IRA 2.1.3 confronto tra indagine iniziale e a fine progetto sulle conoscenze, attitudini e pratiche dello staff sanitario. Metodologia di raccolta dati: compilazione a inizio e fine progetto di un questionario di autovalutazione di conoscenze e pratiche relativamente all’ambito (MDOC, gestione neonato, ETAT). Fonte di 2.1.4 sono i dati dell’unità di riabilitazione nutrizionale del centro di salute di Turmi che al momento non registrano gli esiti del trattamento sui pazienti SAM riferiti per il follow up agli OTP periferici (Outpatient Therapeutic feeding	- Continuità nella disponibilità da parte del Governo e degli altri partners sanitari di risorse (salari del personale e degli HEWs, farmaci, supplementi nutrizionali e RUTF) a supporto dei servizi sanitari erogati presso gli Ospedali, i Centri di Salute e a livello comunitario (HEWs) - Disponibilità e interesse da parte del personale sanitario dei centri di salute e HEWs ad essere formato e supervisionato; - Limitato turnover del personale sanitario - Continuità nella disponibilità di risorse e mezzi necessari per il sistema di riferimento; - Accettazione da parte delle comunità e in particolare dei “care-givers” di attività di formazione sulla stimolazione dei bambini (ECD).
---	---	---	---

²⁰ WHO_improving quality of maternal and newborn care in health facilities_2016

²¹ Federal Democratic Republic of Ethiopia, Ministry of Health, Ethiopia Health Sector Transformation in Quality (HSTQ), Settembre 2016

	non si sanno gli esiti. Target (WHO/UNICEF): > 75% % di SAM ammessi presso Turmi HC che abbandonano; Baseline: 0 Target (WHO/UNICEF): < 15% % di SAM ammessi presso Turmi HC che muoiono. Baseline: 0 Target (WHO/UNICEF): < 10% Provenienza e codificazione internazionale: WHO Updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children Guidelines, Geneva, 2013 IRA 2.1. 5 % di miglioramento delle conoscenze, attitudini e pratiche del personale di Turmi HC su servizi nutrizionali, inclusa componente di ECD. Baseline: da stabilire iniziale. Target: 20% di aumento.	Posts, Posti di Salute di trattamento ambulatoriale della malnutrizione). Modalità di raccolta: il personale di progetto raccoglierà e visionerà i dati trimestralmente e avvierà altresì un monitoraggio del follow up del trattamento a livello di OTP periferico. Il personale di progetto raccoglierà trimestralmente i dati e effettuerà altresì un controllo “spot” sui registri dell’unità di riabilitazione nutrizionale (fonte dei dati) per monitorarne la correttezza della compilazione alla fonte. Fonte di IRA 2.1.5 confronto tra indagine iniziale e a fine progetto sulle conoscenze, attitudini e pratiche dello staff sanitario. Metodologia di raccolta dati: compilazione a inizio e fine progetto di un questionario di autovalutazione di conoscenze e pratiche relative ai servizi di nutrizione e di ECD.	
RA 2.2 Aumentato l’accesso a servizi materno, neonatali e per i bambini sotto i 5 anni, inclusi i servizi nutrizionali presso una Woreda modello: Hamer.	IRA 2.2.1 N di donne gravide che effettua almeno una visita prenatale (ANC I)/anno BASELINE (Dati Hamer Woreda 2018): 2.507 TARGET: 2.660 al III anno. (aumento del 2% annuo) Provenienza e codificazione internazionale: WHO, Provision of effective antenatal care, standards. Geneva, 2002 IRA 2.2.2 N di donne gravide che effettua	Fonte degli indicatori per tutti gli IRA da 2.2.1 a 2.2.13 : sono i dati sanitari raccolti di routine dalle strutture sanitarie di Woreda e riportate all’ufficio sanitario di Woreda e quindi di Zona e Regione. Metodologia di raccolta: lo staff di progetto, in particolare il CP CUAMM e l’Assistente di Progetto, raccoglierà e analizzerà trimestralmente i dati, con le autorità sanitarie di Woreda, in modo da informare la pianificazione delle	- Continuità nella disponibilità da parte del Governo e degli altri partners sanitari di risorse (salari del personale e degli HEWs , farmaci, supplementi nutrizionali) a supporto dei servizi nutrizionali e di ECD erogati presso gli Ospedali, i Centri di Salute e a livello comunitario (HEWs) - Disponibilità e interesse da parte degli HEWs di essere formati e monitorati per l’erogazione di

	almeno quattro visite prenatali (ANC IV)/anno BASELINE (Dati Hamer Woreda 2018): 470 TARGET: 1.033 al III anno (aumento del 30% annuo) Provenienza e codificazione internazionale: WHO, Provision of effective antenatal care, standards. Geneva, 2002 IRA 2.2.3 N di donne che partorisce in struttura sanitaria (parti istituzionali)/anno BASELINE (Dati Hamer Woreda 2018): 867 TARGET di progetto: 1498 al III anno (aumento del 20% l'anno). Provenienza e codificazione internazionale: parto assistito da personale qualificato WHO Global Reference List of 100 Core Health Indicators 2018 IRA 2.2.4 N di parti cesarei (C/S) effettuati presso Turmi HC (FONTE)/anno. BASELINE (Dati Hamer Woreda 2018): 14 TARGET: 38 al III anno (aumento graduale del 30% il I anno, 40% il II anno e 50% il III anno). Provenienza e codificazione internazionale: parto assistito da personale qualificato. WHO Global Reference List of 100 Core Health Indicators 2018	attività trimestrali non solo di progetto ma anche di Woreda. In caso di incompletezza, inattendibilità, incongruenza riscontrate nel sistema di raccolta dati, il personale di progetto assieme alle autorità sanitarie di woreda intraprenderanno azioni di monitoraggio alle unità sanitarie periferiche per migliorare il sistema. In generale il progetto prevede attività specifiche di supporto al sistema di raccolta dati tramite supervisione costante alle unità periferiche (dove i registri vengono compilati). Per quanto riguarda in particolare le emergenze ostetriche di tipo diretto (MDOC) IRA 2.2.5 il progetto introdurrà anche a Turmi HC un monitoraggio specifico sulle MDOC (provenienze e esiti) e verrà svolta una attività di formazione specifica su questo). Verrà altresì migliorato, attraverso l'introduzione del sistema di auditing delle morti materne, il sistema di raccolta dati relativi alla mortalità per cause dirette ostetriche. I dati raccolti verranno poi complessivamente condivisi con le autorità di Zona, Woreda e con la direzione sanitaria di Turmi HC negli incontri del comitato di revisione semestrale.	servizi sanitari a livello di household. - Accettazione da parte della comunità delle attività di outreaches a livello periferico con componente di educazione. - Accettazione da parte delle comunità e in particolare dei "care-givers" di attività di formazione sulla stimolazione dei bambini (ECD). - Continuità nella disponibilità di risorse e mezzi necessari per il sistema di riferimento;
--	---	--	---

	IRA 2.2.5 N di emergenze ostetriche di tipo diretto (MDOC) assistite presso Turmi HC Centro C-EmONC (WHO 2006_Monitoring EmOC) /anno. BASELINE (Dati Hamer Woreda 2018): 21 TARGET: 46 al III anno (aumento del 30% annuo) Provenienza e codificazione internazionale: WHO Monitoring emergency obstetric care: a handbook. Geneva, 2006. IRA 2.2.6 N di donne che effettua almeno una visita post-natale dopo le 48 H dal parto presso Hamer Woreda/anno: BASELINE (Dati Hamer Woreda 2018): 1483 TARGET: 2563 al III anno (aumento del 20% annuo) Provenienza e codificazione internazionale: WHO, Postpartum Care for the Mother and Newborn: a Practical Guide Geneva, 1998. IRA 2.2.7 N di bambini < 1 anno che effettua vaccinazione completa/anno BASELINE (Dati Hamer Woreda 2018): 1440 TARGET: 2488 al III anno (aumento del 20% annuo) Provenienza e codificazione internazionale WHO Global Reference List of 100 Core Health Indicators 2018 IRA 2.2.8 N di accessi OPD < 5 per anno a livello di distretto/anno.		
--	--	--	--

	BASELINE (Dati Hamer Woreda 2018): 3174 TARGET: 4827 al III anno (aumento del 15% annuo). Provenienza e codificazione internazionale WHO Global Reference List of 100 Core Health Indicators 2018 IRA 2.2.9. N di accessi pediatrici presso Turmi HC/anno BASELINE (Dati Turmi HC 2018): 48 ammissioni pediatriche TARGET: 73 al III anno (aumento del 15% annuo) Provenienza e codificazione internazionale WHO Global Reference List of 100 Core Health Indicators 2018 IRA 2.2.10 N di neonati ricoverati presso Turmi HC neonatologia/anno: BASELINE (Dati Turmi HC 2018): 25 TARGET: 33 al III anno (aumento del 10% annuo) Provenienza e codificazione internazionale WHO Global Reference List of 100 Core Health Indicators 2018 IRA 2.2.11 N di bambini < 5 ai quali viene effettuato monitoraggio del peso corporeo (screening per nutrizione) /anno BASELINE: 4.761 (dati Hamer Woreda 2018) TARGET: 10.460 al III anno (aumento del 30% annuo) Provenienza e codificazione internazionale: WHO Updates on the		
--	---	--	--

	management of severe acute malnutrition in infants and children Guidelines, Geneva, 2013 IRA 2.2.12 N di bambini < 5 anni affetti da malnutrizione di tipo “wasting” che vengono identificati e messi in trattamento/anno a livello di Woreda BASELINE: 218 TARGET: 598 al III anno (aumento del 40% annuo) Provenienza e codificazione internazionale: WHO_UNICEF, Child growth Standards and the Identification of severe acute malnutrition in infants and children, Geneva, 2009. IRA 2.2.13 N di bambini identificati SAM che vengono trattati presso l’unità di riabilitazione nutrizionale di Turmi HC BASELINE: 43 TARGET: 118 al III anno (aumento del 40% annuo) Provenienza e codificazione internazionale: WHO_UNICEF, Child growth Standards and the Identification of severe acute malnutrition in infants and children, Geneva, 2009.		
RA 2.3 Autorità sanitarie di Woreda migliorano le loro capacità di pianificare, gestire e monitorare i servizi sanitari per la popolazione della Woreda, incluso il sistema di riferimento.	IRA 2.3.1 Disponibilità di un sistema di riferimento per le emergenze zonale (ambulanze, autisti e staff). BASELINE: NA TARGET: raggiunto entro il 3 anno.	Fonte degli indicatori IRA 2.3.1 e 2.3.2 è il report di progetto e il sistema di raccolta dati relativo al trasporto in ambulanza dei casi di emergenza ostetrici e pediatrici Metodologia di raccolta dati: lo staff di progetto (CP CUAMM e Assistente	- Stabilità nei processi di implementazione e finanziamento dei programmi/ politiche sanitarie a livello di Woreda, Zona e Regione. - Stabilità nella politica relativa alle risorse umane sanitarie, alla

	IRA 2.3.2 Numero di riferimenti per emergenza ostetrica e pediatrica dagli HC o HP o comunità a Turmi HC BASELINE: sono 78/anno i riferimenti/anno per “cause di emergenza” TARGET: 214/anno (aumento del 40% annuo) IRA 2.3.3 % delle unità sanitarie di Woreda che riportano adeguatamente, accuratamente e tempestivamente I dati sanitari (HMIS) BASELINE 90% TARGET: 100% IRA 2.3.4 % di unità sanitarie di Woreda che riportano out of stock di farmaci e materiali almeno una volta l’anno. BASELINE: 90% TARGET: 10% IRA 2.3.6 % di meetings di revisione dati e pianificazione delle attività sanitarie a livello di woreda effettuati/Pianificati BASELINE: 1 anno TARGET: 2 anno. IRA 2.3.7 % di miglioramento di conoscenze dello staff di Hamer woreda sul sistema di raccolta dati. BASELINE: da definire sulla base del pre-test	di Progetto CUAMM) avrà accesso ai dati trimestrali relativi ai riferimenti con ambulanza dei casi ostetrici e pediatrici al Centro di Salute di Turmi. Al momento non vi è una registrazione adeguata dei casi riferiti al CS Turmi tramite ambulanza che tracci anche la provenienza dei casi stessi e proceda a dare un feed-back ai centri di invio dei casi (sugli esiti e appropriatezza dell’invio). Tale meccanismo sarà introdotto e monitorato dal progetto. Fonte degli indicatori IRA 2.3.3; 2.3.4; 2.3.5 sono i reports di attività sanitaria implementata nella Woreda di Hamer e il Woreda Based Health Sector Plan (2017/18 ovvero EFY 2011). Metodologia di raccolta dati: il personale di progetto analizzerà e discuterà tali output di attività sanitaria nell’ambito dei meetings di revisione trimestrale delle attività svolte rispetto alle attività sanitarie di Woreda pianificate. Pertanto la revisione di tali dati sarà occasione di monitoraggio e pianificazione delle attività sanitarie non solo di progetto ma anche di Woreda. Fonte degli indicatori IRA2.3.7, 2.3.8 e 2.3.9 sono i reports di formazione dello staff effettuati nell’ambito del progetto. Modalità di raccolta dati: allo staff coinvolto nella formazione verrà	formazione sanitaria e alle politiche di salute comunitaria di Woreda. - Disponibilità e interesse da parte delle autorità sanitarie di Woreda al capacity building. - Limitato turn over del personale operante presso gli uffici sanitari di Woreda. - Mantenuite buone relazioni tra Cuamm e autorità sanitarie di Woreda.
--	--	---	--

	TARGET: aumento del 20% IRA 2.3.8 % di miglioramento dello staff di Woreda (3 di cui 2 F e 1 M) che sarà formato presso Jinka Hospital con training abbinato a on job training su gestione del neonato BASELINE: da definire sulla base del pre-test TARGET: aumento del 20% IRA 2.3.9 % di miglioramento delle conoscenze di 3 staff sanitario della Woreda (2 F e 1M) su gestione dei malnutriti e ECD BASELINE: da definire TARGET: aumento del 50% delle conoscenze.	somministrato un pre test e un post test per valutare il miglioramento delle conoscenze. Si prevede una attività di formazione specifica sul sistema di raccolta dati e due attività specifiche di formazione di staff sanitario su gestione del neonato e sui servizi nutrizionali incluso ECD per lo staff che proviene dalla Woreda di Hamer presso Jinka. Le ricadute sulla qualità dei servizi sanitari di Woreda verranno quindi registrate negli indicatori previsti per il RA 2.1 e 2.2	
--	---	---	--

<i>Attività per risultato</i>	<i>Risorse</i>	<i>Costi per attività</i>	<i>Inizio / Termine di ogni attività</i>
RA 1.1 Migliorata la qualità dei servizi materno, neonatali e per i bambini sotto i 5 anni, inclusi i servizi nutrizionali, erogati presso l'ospedale Zonale di Jinka. <u>1.1.1 Formazione, on-job training e mentoring dello staff ospedaliero sui servizi ostetrico-neonatali, pediatrici e sui servizi nutrizionali inclusa componente di Early Child Development:</u> - Ricognizione di tipo "assessment" iniziale delle conoscenze, attitudini e pratiche dello staff sanitario su servizi ostetrici, gestione del neonato incluse le emergenze e sui servizi nutrizionali inclusa componente di ECD, da ripetersi a metà e fine progetto per monitoraggio risultati. - Corsi di formazione dello staff di Jinka Hospital su: (1) gestione delle emergenze ostetriche dirette di tipo comprensivo (MDOC); (2) tecniche di gestione del	- Corso EMDOC Formatori - Corso EMDOC Stampa di manuali e cancelleria - Corso EMDOC Sala di formazione e coffee-break - Corso EMDOC Incentivi partecipativi per lo staff sanitario formato - Corso NICU Formatori - Corso NICU Stampa di manuali e cancelleria - Corso NICU Sala di formazione e coffee-break - Corso NICU Incentivi partecipativi per lo staff sanitario formato - Corso ETAT Formatori - Corso ETAT Stampa di manuali e cancelleria - Corso ETAT Sala di formazione e coffee-break - Corso ETAT Incentivi partecipativi per lo staff sanitario formato - Corso Nutrizione e ECD Formatori - Corso Nutrizione e ECD Stampa di manuali e cancelleria - Corso Nutrizione e ECD Sala di	<i>2.7.3 Corso su Gestione Emergenze Ostetriche (EMDOC) 14.934 Euro che includono incentivo partecipativo, compenso formatori, coffee-break, stampe e cancelleria. 20 staff (10 in Y2 e 10 in Y3 di cui metà dell'Ospedale di Jinka e metà del Distretto di Hamer). 30 giorni (10 teoria e 20 pratica) di formazione per corso</i> <i>2.7.4 Corso su tecniche di gestione del neonato (NICU) 14.934 Euro che includono incentivo partecipativo, compenso formatori, coffee-break, stampe e cancelleria. 40 staff (20 in Y1 e 20 in Y2 di cui 30 dell'Ospedale di Jinka e 10 del Distretto di Hamer). 30 giorni (10 teoria e 20 pratica) di formazione per corso</i> <i>BL 2.7.1 Corso gestione emergenze pediatriche (ETAT) 5.212 Euro che includono incentivo partecipativo, compenso formatori, coffee-break, stampe e cancelleria. 40 staff (20 in Y1 e 20 in Y2 di cui 30 dell'Ospedale di Jinka e 10 del Distretto di Hamer) 5 giorni di formazione per corso</i> <i>BL 2.7.2 Corso su servizi nutrizionali inclusa componente di ECD 4.928 Euro 40 staff (20 in Y1 e 20 in Y3 tutti dell'Ospedale</i>	Inizio ricognizione conoscenze e pratiche dello staff al mese 2 di anno I e fine al mese 3 di anno I. Inizio e fine della rivalutazione finale conoscenze staff al mese 10 di anno III Inizio formazione dello staff su MDOC, NICU, ETAT e ECD al mese 4 di anno I e fine al mese 3 di anno III.

neonato (NICU); (3) gestione delle emergenze pediatriche (ETAT); (4) sui servizi nutrizionali inclusa componente di ECD. (con CSB); - On- job training continuo con un Pediatra da inserire presso l'Ospedale per il miglioramento qualitativo dei servizi erogati, in particolare in neonatologia (NICU), per il rafforzamento dei servizi di emergenza pediatrica (ETAT) e in pediatria inclusi i servizi di riabilitazione nutrizionale. - Supervisione e mentoring dello staff sanitario di Jinka Hospital su ETAT, MDOC e nutrizione inclusa componente di ECD da parte dello staff di Zona e CUAMM.	formazione e coffee-break - Corso Nutrizione e ECD Incentivi partecipativi per lo staff sanitario formato - Costi correnti veicoli (carburante, manutenzioni, assicurazione...) per visite di supervisione - Autisti - Assistenza tecnica fornita dal Pediatra e da Ostetrica Senior etiopie - Consulenza da parte di esperti di ECD (CSB Onlus)	di Jinka) 6 giorni di formazione per corso <i>Consulenza CSB in ECD (1 esperto senior e 1 assistente): BL 1.2.2.2 compenso 3.600 Euro + BL 2.1.1 assicurazione 160 Euro + BL 2.1.9 visto 220 Euro + 2.2.1 Voli 3.200 Euro + quota parte BL 2.3.1 Voli interni per attività di coordinamento, monitoraggio e consulenze 10.695 Euro</i> <i>Quota parte BL 2.5.1 Affitto aula per formazione e incontri di coordinamento (totale linea 3.348 Euro)</i> <i>BL 2.7.5 Incentivi per attività di supervisione ETAT, EMDOC, NICU e nutrizione/ECD 2.160 Euro. 2 volte l'anno per 3 giorni</i> <i>Quota parte BL 4.3.1 Spese di gestione veicoli: carburante, manutenzioni, assicurazioni, bolli, ecc. (totale linea 29.520 Euro)</i> <i>Quota parte BL 1.3.3.3 Compenso nr. 2 Autisti (totale linea 18.216 Euro)</i> <i>Quota parte BL 1.2.1.3 Compenso Cooperante di lungo periodo (Pediatra) 165.600 Euro.</i> <i>Quota parte BL 1.3.1.3 Compenso nr. 1 ostetrica 19.512 Euro</i>	Inizio on job training al mese 5 di anno I e fine al mese 12 di anno III. Inizio supervisione e mentoring a mese 2 di anno I e fine al mese 12 di anno III.
<u>1.1.2 Assistenza tecnica allo staff di gestione dell'Ospedale di Jinka per il miglioramento qualitativo dell'offerta sanitaria</u> - Formazione specifiche per lo staff di gestione dell'Ospedale	- Corso Miglioramento qualità servizi Formatori - Corso Miglioramento qualità servizi Stampa di manuali e cancelleria - Corso Miglioramento qualità servizi Sala di formazione e coffee-	<i>BL 2.7.6 Corso sul pacchetto di indicatori da adottare nell'ambito del miglioramento qualitativo dei servizi ostetrici e neonatali e nell'ambito dell'iniziativa "baby-friendly hospital" 4.270 Euro che includono incentivo partecipativo, compenso formatori, coffee-break, stampe e cancelleria. 60 staff (30 in</i>	Inizio formazione a mese 6 di anno I e fine a mese 4 di anno III

di Jinka sul pacchetto di prestazioni da erogare nell'ambito dell'iniziativa "Baby Friendly Hospital", nell'ambito delle misure da adottare di "Early Child Development". - Formazione specifica sul sistema di monitoraggio delle emergenze ostetriche (EMDOC) e sul auditing delle morti materne (MDSR) - Incontri di monitoraggio/revisione delle attività svolte nell'ambito delle iniziative relative a "baby Friendly Hospital", "Early Child Development" e di "Women and Child protection" e definizione dei piani di azione trimestrali.	break - Corso Miglioramento qualità servizi Incentivi partecipativi per lo staff sanitario formato - Corso EMDOC/MDSR Formatori - Corso EMDOC/MDSR Stampa di manuali e cancelleria - Corso EMDOC/MDSR Sala di formazione e coffee-break - Corso EMDOC/MDSR Incentivi partecipativi per lo staff sanitario formato - Sala e incentivi partecipativi per incontri monitoraggio/revisione delle attività svolte	Y1 e 30 in Y2 di cui 40 dell'Ospedale di Jinka e 20 del Distretto di Hamer) 3 giorni di formazione per corso <i>BL 2.7.8 Corso sul sistema di monitoraggio delle emergenze ostetriche (EMDOC) e sul auditing delle morti materne (MDSR) per staff ospedaliero 3.232 Euro che includono incentivo partecipativo, compenso formatori, coffe-break, stampe e cancelleria. 20 staff (10 in Y1 e 10 in Y2 dell'Ospedale di Jinka) 6 giorni di formazione per corso</i> <i>2.7.7 Incontri comitato di revisione semestrale per monitoraggio azioni del miglioramento qualitativo adottate 2.792 Euro. 2 volte l'anno (2 gg) per tutti e tre gli anni di progetto</i> <i>Quota parte BL 2.5.1 Affitto aula per formazione e incontri di coordinamento (totale linea 3.224 Euro)</i>	Inizio formazione EMDOC a mese 7 di anno I e fine a mese 5 di anno III. Inizio incontri di monitoraggio / revisione al mese 7 di anno I e fine al mese 10 di anno III.
<u>1.1.3 Fornitura di equipaggiamenti, farmaci e materiali incluse piccole riabilitazioni per garantire l'erogazione di servizi di qualità</u> - Riabilitazione infrastrutturale per garantire funzionamento 24H/24 servizi erogati, per rendere la struttura "child-friendly" e per la creazione di un "corner di ECD". - Fornitura di equipaggiamento per il miglioramento qualitativo della gestione dei	- Lavori di riabilitazione dell'Ospedale di Jinka per ECD corner, Child friendly spaces e per garantire adeguato approvvigionamento idrico ed elettrico (lavori civili, tubature, impianto elettrico...) - Fornitura arredi per Ospedale di Jinka - Fornitura attrezzature per Ospedale di Jinka - Realizzazione murali sulle pareti delle strutture sanitarie, illustranti buone pratiche per garantire una	<i>Quota parte BL 3.4.1 Acquisto e relativo trasporto attrezzature ed arredi per equipaggiamento per Ospedale di Jinka e Centri di salute di Hamer 139.995 Euro</i> <i>Quota parte BL 3.4.2 Acquisto e relativo trasporto farmaci e consumabili per Ospedale di Jinka e Centri di salute di Hamer 83.700 Euro</i> <i>BL 3.2.1 Riabilitazione infrastrutturale (riabilitazione edifici e sistemi elettrico, idrico, acque reflue...) per garantire funzionamento dei servizi, per rendere la struttura "child-friendly" e per la creazione di un "corner di ECD" 80.575 Euro</i>	Inizio mese 1 di anno I (assessment e quindi riabilitazione) e fine mese 3 di anno III. Inizio fornitura mese 3 di anno I e fine mese 2 di anno III.

servizi ostetrici, neonatali e pediatrici (inclusa fornitura di giochi e materiali per attività di stimolazione cognitiva la componente di Early Child Development). - Creazione di un “buffer” di farmaci e materiale di consumo per garantire l'erogazione costante dei servizi sanitari anche a fronte di “rotture di stock”.	migliore salute materno-infantile - Fornitura farmaci e materiali di consumo per Ospedale di Jinka - Assistenza tecnica tecnico delle costruzioni espatriato - Assistenza tecnica ingegnere etiope	<i>Quota parte BL 3.2.3 Materiali (colori, pennelli, colori spray...) per realizzazione murali sulle pareti delle strutture sanitarie, illustranti buone pratiche per garantire una migliore salute materno-infantili 800 Euro</i> <i>Quota parte Missione realizzazione murali BL 1.2.2.4 rimborso spese 420 Euro, BL 2.1.4 40 Euro assicurazione, BL 2.1.12 visto 55 Euro, BL 2.2.4 Volo 800 Euro</i> <i>Quota parte BL 2.4.1 Copertura vitto e alloggio missioni per monitoraggio lavori di costruzione/riabilitazione strutture sanitarie e monitoraggio attività. Due missioni a trimestre + quota parte BL 2.3.1 Voli interni per attività di coordinamento, monitoraggio e consulenze 10.695 Euro</i> <i>Quota parte Consulenza tecnica su programmazione/esecuzione lavori di costruzione/riabilitazione strutture sanitarie (nr. 2 missioni l'anno) BL 1.2.2.1 compenso 18.900 Euro + BL 2.1.2 assicurazione 720 Euro + BL 2.1.10 visto 330 Euro + 2.2.2 Voli 4.800 Euro + quota parte BL 2.3.1 Voli interni per attività di coordinamento, monitoraggio e consulenze 10.695 Euro</i>	Inizio buffer stock a mese 3 di anno I e fine mese 12 di anno III
RA 1.2 Migliorato l'accesso ai servizi erogati a Jinka Hospital <u>1.2.1 Supporto ad attività di promozione dei servizi sanitari e di protezione presso l'area di Jinka town:</u> - outreaches per erogare prestazioni alla popolazione (visite pre-natali, post-natali, monitoraggio del peso dei	- Incentivi per partecipanti all'attività di outreach - Costi correnti veicoli (carburante, manutenzioni, assicurazione...) per attività outreach - Distribuzione materiali di	<i>BL 2.7.9 Outreaches dall'Ospedale di Jinka alle aree di Jinka Town nel territorio per effettuare attività combinate di visite pre e post natali, vaccinazione, screening malnutrizione e riferimento dei casi di SAM 10.530 euro. 4 giorni di outreaches per 3</i>	Inizio outreaches a mese 3 di anno I e fine a mese 11 di anno III.

bambini, vaccinazione etc) e per promuovere il riferimento all'Ospedale. - eventi di sensibilizzazione comunitaria e campagne tematiche sul territorio (CIAI)	educazione sanitaria durante le outreach - Realizzazione di murali a tema sanitario - Realizzazione video in tema di educazione sanitaria - Ostetrica senior locale - Autisti <i>Risorse CIAI</i> - Noleggio apparecchio sonoro (casse, fonico), ingaggio gruppi musicali, preparazione cerimonie tradizionali del caffè, distribuzione materiali educativi e gadgets ai partecipanti ad incontri comunitari ed eventi di	settimane per 9 mesi/anno <i>BL 3.4.5 Preparazione, traduzione e stampa materiali educativi 6.255 Euro in 3 anni</i> <i>BL 6.1.2 Realizzazione materiale promozionale da distribuire all'interno delle attività progettuali: t-shirt, magliette, cappellini, stickers, ecc... 9.000 Euro in 3 anni</i> <i>BL 6.1.3 Realizzazione video su buone pratiche di prevenzione/cura/ECD da trasmettere nelle strutture sanitarie coinvolte 6.100 Euro</i> <i>Missione video maker BL 1.2.2.3 rimborso spese 600 Euro, BL 2.1.3 50 Euro assicurazione, BL visto e media permit BL 2.1.11 650 Euro, BL 2.2.3 Volo 800 Euro + quota parte BL 2.3.1 Voli interni per attività di coordinamento, monitoraggio e consulenze 10.695 Euro</i> <i>Quota parte BL 4.3.1 Spese di gestione veicoli: carburante, manutenzioni, assicurazioni, bolli, ecc. (totale linea 29.520 Euro)</i> <i>Quota parte BL 1.3.3.3 Compenso nr. 2 Autisti (totale linea 18.216 Euro)</i> <i>Quota parte BL 1.3.1.3 Compenso nr. 1 ostetrica 19.512 Euro</i> <i>Costi CIAI</i> <i>BL 2.7.10 Incontri comunitari nei distretti (conversazioni di comunità) 2.400 Euro per realizzare 8 eventi in 3 anni</i> <i>BL 2.7.11 Campagne tematiche di sensibilizzazione a Jinka (Bycycle Rally) 7.500 Euro per realizzare 3 Rally in 3 anni</i> <i>BL 6.1.4 Realizzazione materiale</i>	Inizio attività di sensibilizzazione CIAI al mese 8 di anno I e fine al mese 8 di anno III
---	--	---	---

39

<u>1.2.3 Promozione del diritto alla salute, accesso ai servizi sanitari e protezione dell'infanzia presso le scuole di Jinka</u> - Valutazione partecipativa sulla conoscenza del diritto salute - Formazione (ToT) per staff scuole e membri PSTA su Gender, diritto alla salute ed alla partecipazione dei minori - Formazione per autorità scolastiche e membri PSTA e child clubs su Disciplina Positiva a scuola e diritto alla salute & protezione dell'infanzia - Sostegno al funzionamento e alla formazione di 4 School Clubs e Girls Clubs sul Diritto alla salute & servizi di prevenzione, cura e protezione dell'infanzia.	di formazione e coffee-break - Corso Sistema di riferimento Incentivi partecipativi per lo staff sanitario formato <i>Risorse CIAI</i> - Corso Valutazione Partecipativa Formatore - Corso Valutazione Partecipativa incentivi partecipativi - Corso Valutazione Partecipativa cancelleria e materiali - Corso Valutazione Partecipativa sala formazione - Corso Gender Formatore - Corso Gender incentivi partecipativi - Corso Gender cancelleria e materiali - Corso Gender sala formazione - Corso Disciplina Positiva Formatore - Corso Disciplina Positiva incentivi partecipativi - Corso Disciplina Positiva cancelleria e materiali - Corso Disciplina Positiva sala formazione - Formazione School Child Clubs	<i>ambulanza 3.980 Euro che includono incentivo partecipativo, compenso formatori, coffe-break, stampe e cancelleria. 24 staff (12 in Y1 e 12 in Y2) 2 giorni di formazione per corso</i> <i>Quota parte BL 2.5.1 Affitto aula per formazione e incontri di coordinamento (totale linea 3.348 Euro)</i> <i>Costi CIAI</i> <i>BL 2.7.14 Perdiem formazione Valutazione Partecipativa PSTA 80 Euro. Dieci giorni d'impegno.</i> <i>BL 2.7.15 Indennità Formatore Valutazione Partecipativa 1.500 Euro. 30 giorni di impegno lavorativo (iniziale e finale)</i> <i>BL 2.7.16 indennità Formatore su Gender, diritto alla salute ed alla partecipazione dei minori 800 Euro. Due persone per 4 giorni</i> <i>BL 2.7.17 perdiem formazione su Gender, diritto alla salute ed alla partecipazione dei minori 528 Euro. 16 persone per 3 giorni</i> <i>BL 2.7.18 perdiem formazione Disciplina Positiva 1.440 Euro 40 membri per 3 giorni</i> <i>BL 2.7.19 indennità formatori Disciplina Positiva 780 Euro 1 membro per 12 giorni</i> <i>BL 2.7.20 Perdiem formazione Formazione School Child Clubs 384 Euro 12 facilitatori per 8 giorni</i> <i>BL 2.7.21 indennità formatori Formazione School Child Clubs 780 Euro 1 membro per 12 giorni</i> <i>BL 2.7.22 Perdiem facilitatori community</i>	Inizio valutazione partecipativa al mese 3 di anno I e fine al mese 4 di anno I. Inizio valutazione finale al mese 8 e fine al mese 9 di anno III. Inizio e fine di formazione ToT a mese 5 di anno I. Inizio e fine di formazione su disciplina positiva a mese 6 di anno I. Inizio sostegno ai clubs a mese 3 di anno I e fine al mese 12 di anno III.
--	--	--	---

RA. 1.3 Rafforzate le capacità delle autorità sanitarie di Zona di pianificare, gestire e monitorare i servizi materno, neonatali e dei bambini sotto i 5 anni della South Omo Zone. 1.3.1 <u>Assistenza tecnica alle autorità Zonali e di Woreda e creazione di meccanismi di “endorsement” locale all’iniziativa.</u> - Attività di lancio iniziale del	Formatore - Formazione School Child Clubs incentivi partecipativi - Formazione School Child Clubs cancelleria e materiali - Formazione School Child Clubs sala formazione - Facilitatori per conversazioni comunitaria - Materiali educativi e divulgativi - Libri - Cancelleria - Piccole attrezzature - Attività del coordinatore di progetto (CIAI) - Coordinamento attività da parte del Operatore comunitario (CIAI) - Incentivi per monitoraggio delle attività da parte delle autorità locali - Lancio progetto incentivo partecipanti - Lancio progetto stampa materiali - Lancio di progetto coffee-break - Lancio di progetto affitto stanza - Fact sheets	conversation 3.696 Euro 84 facilitatori per 2 giorni per cluster BL 2.5.2 Affitto aula per formazione per un totale di 1.680 Euro 3.4.6 Acquisto/stampa materiali e libri, cancelleria e piccole attrezzature per attività formative, attività divulgative, attività supporto scuole, attività supporto biblioteche e attività supporto School Child Clubs (CIAI) 11.700 Euro Quota parte BL 1.3.1.7 Compenso 1 Operatore Comunitario (CIAI) 14.400 Euro Quota parte BL 1.3.1.6 Coordinatore progetto locale (CIAI) 27.000 Euro BL 2.7.23 Supervisione finale del progetto con le autorità locali 500 Euro BL 6.1.1 Workshop di condivisione dei target, dei dati e dei risultati (Iniziale ad Addis e Jinka e Finale a Jinka) 10.500 Euro che includono incentivo partecipativo, coffee-break, stampe e cancelleria. Ci saranno due eventi di apertura: 1 a Jinka ed 1 ad Addis	Lancio previsto al mese 2 di anno I
---	--	---	--

progetto a Jinka abbinato a conferenza stampa ad Addis Ababa. - Corso di formazione per le autorità sanitarie di Zona e di Woreda sul sistema di raccolta dati (in particolare per tracciare le MDOC e i riferimenti di emergenza). - Partecipazione ai Technical working groups organizzati a livello zonale per la revisione dei dati, la promozione di nuove metodologie di miglioramento qualitativo, il monitoraggio delle attività e la pianificazione degli interventi sanitari su base trimestrale. - TA alle autorità sanitarie di Zona per la definizione dei piani annuali sanitari, sulla base di dati aggiornati e migliorati, questo dovrebbe migliorare anche la gestione del magazzino farmaci e approvvigionamenti. - Fornitura di un "buffer" di farmaci, attrezzature e materiale di consumo per garantire l'erogazione costante dei servizi sanitari anche a fronte di "rottture di stock".	- EMDOC/MDSR Formatori - EMDOC/MDSR Stampa di manuali e cancelleria - EMDOC/MDSR Sala di formazione e coffee-break - EMDOC/MDSR Incentivi partecipativi per lo staff sanitario formato - Sala e incentivi partecipativi per incontri monitoraggio/revisione delle attività svolte - Assistenza tecnica Assistente di progetto - Fornitura farmaci e materiali di consumo - Fornitura attrezzature	<i>ed 1 di chiusura a Jinka</i> <i>Quota parte BL 6.2.1 Pubblicazioni/infografiche/ factsheet (CUAMM) (totale 4.980 Euro</i> <i>Quota parte BL 3.4.2 Acquisto e relativo trasporto farmaci e consumabili per Ospedale di Jinka e Centro di salute/Ospedale di Turmi 83.700 Euro</i> <i>BL 2.7.25 Corso sul sistema di monitoraggio delle emergenze ostetriche (EMDOC) e sul auditing delle morti materne (MDSR) per le autorità sanitarie di Zona e di Woreda 6.952 Euro che includono incentivo partecipativo, coffe-break, stampe e cancelleria. In due anni si formeranno 10 staff dell'Ospedale di Jinka, 24 della Woreda e 10 della Zona. 6 giorni di formazione per corso. Il corso si svolge in Y1 e in Y3</i> <i>Quota parte BL 2.5.1 Affitto aula per formazione e incontri di coordinamento (totale linea 3.348 Euro)</i> <i>BL 2.7.24 Technical working groups (TWG) zonali sui servizi materno-neonatali e pediatrici (MNCH) 12.690 Euro. 2 volte l'anno per 2 giorni per tutti e tre gli anni di progetto</i> <i>Quota parte BL 1.3.1.1 Compenso nr. 1 Assistente di progetto 32.508 Euro</i> <i>Quota parte BL 3.4.2 Acquisto e relativo trasporto farmaci e consumabili per Ospedale di Jinka e Centro di salute/Ospedale di Turmi 83.700 Euro</i> <i>BL 3.4.1 Acquisto e relativo trasporto attrezzature ed arredi per equipaggiamento per Ospedale di Jinka e Centro di salute/Ospedale di Turmi 139.995 Euro</i>	Inizio di corso di formazione mese 6 di anno I e fine mese 6 di anno II. Inizio a mese 6 di anno I e fine a mese 6 di anno II Inizio a mese 1 di anno I e fine a mese 12 di anno II. Inizio a mese 3 di anno I e fine a mese 12 di anno III.
---	--	---	--

1.3.2 <u>Formazione dello staff sanitario dei centri di salute (20) delle 6 woreda di Zona per migliorare la qualità dei servizi materno, neonatali e dei bambini sotto i 5 anni erogati a livello Zonale.</u> - Formazione con componente di “on job training” da effettuarsi presso Jinka Hospital su: gestione e riferimento delle emergenze ostetriche (MDOC) e degli audit morti materne (MDSR); sulla gestione migliorata dei servizi pediatrici (IMNCI) inclusi i servizi nutrizionali. - Mentoring e supervisione da parte delle autorità Zonali, dello staff di Jinka Hospital rappresentanti di WHO a livello zonale e CUAMM presso i Centri di Salute (30) delle Woreda di Zona. In particolare per gestione delle emergenze ostetriche e dei riferimenti (EMDOC) e su gestione pediatrica e dei servizi nutrizionali (IMNCI e Nutrizione).	- Corso Sistema di riferimento Formatori - Corso Sistema di riferimento Stampa di manuali e cancelleria - Corso Sistema di riferimento Sala di formazione e coffee-break - Corso Malnutrizione Incentivi partecipativi per lo staff sanitario formato - Corso Malnutrizione Formatori - Corso Malnutrizione Stampa di manuali e cancelleria - Corso Malnutrizione Sala di formazione e coffee-break - Corso Malnutrizione Incentivi partecipativi per lo staff sanitario formato - Incentivi per svolgere attività di supervisione e mentoring su EMDOC, IMNCI e Nutrizione - Pediatra - Ostetrica CUAMM	<i>BL 2.7.26 Corso su gestione migliorata dei servizi pediatrici (IMNCI) 15.300 Euro che includono incentivo partecipativo, coffee-break, stampe e cancelleria. La formazione avverrà in Y1 e in Y2. Saranno formati 40 staff (2 per 20 Centri di Salute) distribuiti sulle 6 woreda di Zona, per 6 giorni.</i> <i>BL 2.7.27 Corso su gestione dei servizi per la malnutrizione 16.200 Euro che includono incentivo partecipativo, coffee-break, stampe e cancelleria. La formazione avverrà in Y1 e in Y2. Saranno formati 40 staff l'anno (2 per 20 Centri di Salute) distribuiti sulle 6 woreda di Zona, per 6 giorni.</i> <i>BL 2.7.28 Corso sul sistema di monitoraggio delle emergenze ostetriche (EMDOC) e sul auditing delle morti materne (MDSR) per staff Ospedale di Jinka e dei centri di salute 15.296 Euro che includono incentivo partecipativo, coffee-break, stampe e cancelleria. La formazione avverrà in Y1 e in Y2. Saranno formati 40 staff l'anno per 6 giorni.</i> <i>BL 2.7.29 Incentivi per attività di supervisione EMDOC e IMNCI nella SOZ 22.377,60 Euro. L'attività occuperà 72 giorni l'anno per due volte l'anno in Y1, Y2 e Y3</i> <i>Quota parte BL 1.2.1.3 Compenso</i>	Inizio formazione a mese 5 di anno I e fine a mese 9 di anno II. Inizio a mese 2 di anno I e fine a mese 11 di anno III.
---	--	---	--

RA 2.1 Migliorata la qualità dei servizi materno, neonatali e per i bambini sotto i 5 anni erogati presso il Centro di Salute di Turmi, Hamer Woreda. <u>2.1.1 Formazione dello staff del Centro di salute di Turmi:</u> - Ricognizione di tipo “assessment” iniziale delle conoscenze, attitudini e pratiche dello staff sanitario su servizi ostetrici, gestione del neonato incluse le emergenze e sui servizi nutrizionali inclusa componente di ECD, da ripetersi a metà e fine progetto per monitoraggio risultati. - Formazione dello staff di Turmi HC su (1) gestione delle emergenze ostetriche dirette (MDOC); (2) gestione del neonato (NICU); (3) gestione delle emergenze pediatriche (ETAT); (4) sui servizi nutrizionali inclusa componente di ECD.	<i>Risorse come da attività 1.1.1</i> - Corso EMDOC - Corso NICU - Corso ETAT - Corso ECD <i>Risorse come da attività 1.3.1</i> - EMDOC/MDSR	<i>Cooperante di lungo periodo (Pediatria) 165.600 Euro.</i> <i>Quota parte BL 1.3.1.3 Compenso nr. 1 ostetrica 19.512 Euro</i> <i>Costi come da attività 1.1.1</i> <i>2.7.3 Corso su Gestione Emergenze Ostetriche (EMDOC)</i> <i>2.7.4 Corso su tecniche di gestione del neonato (NICU)</i> <i>BL 2.7.1 Corso gestione emergenze pediatriche (ETAT)</i> <i>BL 2.7.2 Corso su sui servizi nutrizionali inclusa componente di ECD</i> <i>Consulenza CSB in ECD (compenso, assicurazione, visto e volo)</i> <i>Quota parte BL 2.5.1 Affitto aula per formazione e incontri di coordinamento</i>	Inizio ricognizione iniziale a mese 2 di anno I e fine a mese 3 di anno I. Ricognizione finale a mese 10 di anno III. Inizio formazione a mese 4 di anno I e fine a mese 3 di anno III.
---	---	---	--

(da implementare congiuntamente all'attività di formazione per lo staff dell'Ospedale di Jinka; attività 1.1.1) - Formazione su: gestione e riferimento delle emergenze ostetriche (MDOC); gestione e riferimento dei neonati (ETAT); gestione migliorata dei servizi pediatrici (IMCI) e nutrizionali incluso ECD. (vede-si attività 1.3.1)			Inizio formazione a mese 6 di anno I e fine a mese 6 di anno III.
<u>2.1.2 Assistenza tecnica (on-job training e mentoring) dello staff del Centro di salute di Turmi:</u> - Inserire a Turmi HC due figure cliniche aggiuntive allo staff esistente: un surgical officer aggiuntivo e una infermiera di salute materno infantile (MCH Nurse). L'ostetrica senior locale (staff tecnico CUAMM di progetto) supervisionerà mensilmente le attività sanitarie erogate a Turmi HC, supporterà le attività di outreaches nel territorio. - Supervisione e mentoring da parte dello staff CUAMM (staff	- Attività di un surgical officer (operatore sanitario specializzato per il trattamento delle emergenze ostetriche) - Attività di un'infermiera - Assistenza tecnica di un'ostetrica senior etiope - Incentivi per svolgere attività di	<i>Costi come da attività 1.3.1</i> <i>BL 2.7.22 Corso sul sistema di monitoraggio delle emergenze ostetriche (EMDOC) e sul auditing delle morti materne (MDSR)</i> <i>Quota parte BL 2.5.1 Affitto aula per formazione e incontri di coordinamento</i> <i>BL 1.3.1.4 Compenso nr. 1 surgical officer (operatore sanitario specializzato per il trattamento delle emergenze ostetriche 54.000 Euro</i> <i>BL 1.3.1.2 Compenso nr. 1 infermiere 19.512 Euro</i> <i>Quota parte BL 1.3.1.3 Compenso nr. 1 ostetrica 19.512 Euro</i> <i>2.7.30 Incentivi per attività di supervisione</i>	Inizio a mese 1 di anno I e fine a mese 12 di anno III. Inizio a mese 1 di anno I e fine a mese

tecnico: pediatra e ostetrica senior locale), di Zona e di Jinka Hospital presso Turmi HC su: (1) gestione delle emergenze ostetriche dirette (MDOC); (2) gestione del neonato (NICU); (3) gestione delle emergenze pediatriche (ETAT); (4) sui servizi nutrizionali inclusa componente di ECD.	supervisione e mentoring - Assistenza tecnica da parte di Pediatra e Ostetrica senior etiope	<i>ETAT e BEMONC/NICU nel distretto di Hamer 4.320 Euro. L'attività occuperà 6 giorni l'anno per due volte l'anno in Y1, Y2 e Y3</i> <i>Quota parte BL 1.2.1.3 Compenso Cooperante di lungo periodo (Pediatra) 165.600 Euro.</i> <i>Quota parte BL 1.3.1.3 Compenso nr. 1 ostetrica 19.512 Euro</i>	12 di anno III.
<u>2.1.3 Supporto infrastrutturale, fornitura di equipaggiamenti e creazione di un "buffer" di farmaci e materiali per garantire l'erogazione di servizi di qualità.</u> - Riabilitazione infrastrutturale per l'erogazione di servizi di tipo "baby friendly" e per la creazione di un ECD corner. - Fornitura di equipaggiamento per il miglioramento qualitativo della gestione dei servizi ostetrici, neonatali e pediatrici e per l'ECD corner. - Creazione di un "buffer" di farmaci e materiale di consumo per garantire l'erogazione costante dei servizi sanitari anche a fronte di "rottture di stock" inclusa fornitura di cereali per le unità nutrizionali.	- Fornitura arredi per il Distretto di Hamer - Fornitura attrezzature per il Distretto di Hamer - Fornitura farmaci e materiali di consumo per il Distretto di Hamer - Fornitura materiali nutrizionali per il Distretto di Hamer - Lavori di riabilitazione dell'HC di Turmi per ECD corner, Child friendly spaces e per garantire adeguato approvvigionamento idrico ed elettrico - Realizzazione murali sulle pareti delle strutture sanitarie, illustranti buone pratiche per garantire una migliore salute materno-infantile - Assistenza tecnica tecnico delle	<i>Quota parte BL 3.4.1 Acquisto e relativo trasporto attrezzature ed arredi per equipaggiamento per Ospedale di Jinka e Centri di salute di Hamer 139.995 Euro</i> <i>Quota parte BL 3.4.2 Acquisto e relativo trasporto farmaci e consumabili per Ospedale di Jinka e Centri di salute di Hamer 83.700 Euro</i> <i>Quota parte BL 3.4.3 Acquisto materiali nutrizionali e di consumo per case d'attesa e TFUs (inclusi baby kit) 90.000 Euro</i> <i>3.2.2 Riabilitazioni strutturali e impianti (elettrico, idrico, acque reflue...) - Centro di salute/Ospedale di Turmi 54.200 Euro</i> <i>Quota parte BL 3.2.3 Materiali (colori, pennelli, colori spray...) per realizzazione murali sulle pareti delle strutture sanitarie, illustranti buone pratiche per garantire una</i>	Inizio a mese 1 di anno I e fine a mese 3 di anno III.

47

gravidie; prestazioni relative ai bambini: monitoraggio del peso dei bambini, screening malnutrizione, IMNCI, vaccinazione etc) e per promuovere il riferimento al Centro di Salute di Turmi. - formazione degli HEWs di tipo (integrated refreshment training – IRT).	manuali e cancelleria - Corso IRT per HEWs Sala di formazione e coffee-break - Supporto all’organizzazione e implementazione delle outreaches da parte di Ostetrica senior etiope	<i>Autisti (totale linea 18.216 Euro)</i> <i>BL 2.7.31 Corso su IRT per HEWs 6.258 Euro che includono incentivo partecipativo, coffee-break, stampe e cancelleria. La formazione avverrà in Y1 e in Y2. Saranno formati 20 HEW l’anno per 6 giorni.</i> <i>Quota parte BL 2.5.1 Affitto aula per formazione e incontri di coordinamento (totale linea 3.348 Euro)</i> <i>Quota parte BL 1.3.1.3 Compenso nr. 1 ostetrica 19.512 Euro</i>	
<u>2.2.2 Meccanismi di supporto all’accesso alle Case d’Attesa e all’unità di riabilitazione nutrizionale di Hamer Woreda.</u> - supervisione e raccolta dati relativi agli accessi da parte delle donne alle case d’attesa. - supporto in termini di fornitura di cibo per le gravide e materiali di tipo “baby kit” (sapone, bacinella acqua, telo per copertura dei bambini) da erogare presso le “case d’attesa” - supporto in termini di fornitura di cereali per preparazione dei cibi alle “child- caregiver” dei bambini ricoverati presso l’unità di riabilitazione nutrizionale.	- <i>Stampa e fornitura moduli per raccolta dati</i> - Assistenza tecnica fornita dall’assistente di progetto per raccolta e elaborazione dati - <i>Fornitura materiali nutrizionali per il Distretto di Hamer</i> - Fornitura baby kits - Assistenza tecnica di ostetrica senior per supervisione case d’attesa	<i>3.4.4 Preparazione e stampa protocolli/moduli/ materiale HMIS per Ospedale di Jinka, Centro di salute/Ospedale di Turmi e Ufficio Zonale Salute 15.594 Euro nei tre anni di progetto</i> <i>Quota parte BL 1.3.1.1 Compenso nr. 1 Assistente di progetto 32.508 Euro</i> <i>Quota parte BL 3.4.3 Acquisto materiali nutrizionali e di consumo per case d'attesa e TFUs (inclusi baby kit) 90.000 Euro</i> <i>Quota parte BL 1.3.1.3 Compenso nr. 1 ostetrica 19.512 Euro</i>	Inizio al mese 1 di anno I e fine al mese 10 di anno III. Inizio a mese 1 di anno I e fine a mese 12 di anno III. Inizio a mese 1 di anno I e fine a mese 12 di anno III.
<u>2.2.3 Supporto/implementazione di un sistema di riferimento in ambulanza dai posti di salute e comunità di woreda a Turmi HC.</u>			

- Formazione dello staff di ambulanza sul sistema di riferimento. - Supporto ai costi di erogazione del servizio di ambulanza (benzina, manutenzione, assicurazione, autisti) RA 2.3 Autorità sanitarie di Woreda migliorano le loro capacità di pianificare, gestire e monitorare i servizi sanitari per la popolazione della Woreda, incluso il sistema di riferimento. 2.3.1 <u>Assistenza tecnica alle autorità di Woreda e creazione di meccanismi di "endorsment" locale all'iniziativa.</u> - Corso di formazione per le autorità sanitarie di Woreda sul sistema di raccolta dati (in particolare per tracciare le MDOC e i riferimenti di emergenza). - TA alle autorità sanitarie di Zona per la definizione dei piani annuali sanitari, sulla	- <i>Rimborso costi correnti ambulanze</i> (carburante, manutenzioni, assicurazione...) - <i>Credito telefonico per sistema di riferimento</i> - Corso Gestione Ambulanza Formatori - Corso Gestione Ambulanza Stampa di manuali e cancelleria - Corso Gestione Ambulanza Sala di formazione e coffee-break - Assistenza tecnica fornita dall'assistente di progetto per definizione dei piani annuali sanitari - <i>Risorse come da attività 1.3.1 EMDOC/MDSR</i> - Incentivi per partecipazione ad incontri del comitato di revisione delle attività di progetto	<i>Quota parte BL 4.3.2 Spese di gestione ambulanze distretto di Hamer carburante, manutenzioni, assicurazioni, bolli, ecc. 87.984 Euro per i 3 anni di intervento</i> <i>Quota parte BL 4.2.3 Ricariche telefoniche per gestione sistema di riferimento 12.240 Euro</i> <i>BL 2.7.33 Corso sul sistema di riferimento per staff Hamer Woreda (divulgazione protocollo, accordi operativi, compilazione registri e format follow-up riferimenti) - Incentivo formativo per partecipanti, incentivi per docenti, materiale 990 Euro</i> <i>Quota parte BL 2.5.1 Affitto aula per formazione e incontri di coordinamento (totale linea 3.348 Euro)</i> <i>Quota parte BL 1.3.1.1 Compenso nr. 1 Assistente di progetto 32.508 Euro</i> <i>BL 2.7.34 Incontri del comitato di revisione delle attività di progetto con autorità di Woreda e di Zona 4.116 Euro. Gli incontri si svolgeranno 2 volte l'anno per i 3 anni di progetto</i> <i>Costi come da attività 1.3.1</i>	Inizio a mese 3 di anno I e fine al mese 2 di anno II. Inizio al mese 1 di anno I e fine al mese 12 di anno III. Inizio al mese 4 di anno I e fine al mese 3 di anno III. Inizio al mese 1 di anno I e fine al mese 12 di anno III.
---	---	--	--

base di dati aggiornati e migliorati, questo dovrebbe migliorare anche la gestione del magazzino farmaci e approvvigionamenti. - Creazione di un comitato di revisione delle attività di progetto con autorità di Woreda e di Zona. <u>2.3.2 Supporto al sistema di supervisione alle strutture sanitarie di Woreda, fornitura di attrezzature e creazione di un "buffer" di farmaci e materiali per garantire erogazione costante delle attività.</u> - Supervisioni congiunte alle strutture sanitarie di Woreda - Fornitura di attrezzature mancanti alle strutture sanitarie di woreda per il miglioramento qualitativo della gestione dei servizi materno infantili. - Creazione di un "buffer" di farmaci e materiale di consumo per garantire l'erogazione costante dei servizi sanitari anche a fronte di "rotture di stock".	- Incentivi per attività di supervisione - <i>Fornitura farmaci e materiali di consumo</i> - <i>Fornitura attrezzature</i> - <i>Assistenza tecnica di ostetrica senior etiopie CUAMM</i> - <i>Assistenza tecnica di Assistente di Progetto CUAMM</i>	<i>BL 2.7.22 Corso sul sistema di monitoraggio delle emergenze ostetriche (EMDOC) e sul auditing delle morti materne (MDSR)</i> <i>Quota parte BL 2.5.1 Affitto aula per formazione e incontri di coordinamento</i> <i>2.7.35 Incentivi per attività di supervisione ICCM/CBNC nel distretto di Hamer - Incentivo partecipanti 2.100Euro. Le supervisioni avranno luogo 2 volte l'anno per 3 anni di progetto</i> <i>Quota parte BL 3.4.1 Acquisto e relativo trasporto attrezzature ed arredi per equipaggiamento per Ospedale di Jinka e Centri di salute di Hamer 139.995 Euro</i> <i>Quota parte BL 3.4.2 Acquisto e relativo trasporto farmaci e consumabili per Ospedale di Jinka e Centri di salute di Hamer 83.700 Euro</i> <i>Quota parte BL 1.3.1.3 Compenso nr. 1 ostetrica 19.512 Euro</i> <i>Quota parte BL 1.3.1.1 Compenso nr. 1 Assistente di progetto 32.508 Euro</i>	Inizio al mese 1 di anno I e fine al mese 12 di anno III. Inizio al mese 3 di anno I e fine al mese 12 di anno III. Inizio al mese 3 di anno I e fine al mese 2 di anno III. Inizio al mese 3 di anno I e fine al mese 12 di anno III.
---	--	---	--

<u>Costi generali di implementazione e comunicazione</u>	- <i>Personale di supporto progetto Italia (PM desk progetti Etiopia in Italia, Desk Amministrativo Italia)</i> - <i>Personale di progetto in Etiopia CUAMM (Capoprogetto, Coordinatore di attività sanitarie, Amministrativo cooperante di lungo termine, contabile, segretaria, guardiani, addetta alle pulizie)</i> - <i>Personale di progetto in Etiopia CIAI (Esperto di protezione infantile e Amministrativo)</i> - <i>Cancelleria</i> - <i>Arredi e equipaggiamento IT</i> - <i>Ufficio (Jinka e quota parte Addis) e costi correnti ufficio</i> - <i>Spese bancarie</i> - <i>Monitoraggio</i> - <i>Voli cooperanti lungo periodo e missioni di monitoraggio dalla sede</i> - <i>Assicurazioni cooperanti lungo periodo e missioni di monitoraggio dalla sede</i> - <i>Visti/permessi di lavoro e carte d'identità etiopi per cooperanti lungo periodo e missioni di monitoraggio dalla sede</i> - <i>Audit</i> - <i>Visibilità e comunicazione dell'iniziativa</i> - <i>Attività di comunicazione e divulgazione in Italia</i>	<i>BL 1.1.1 Compenso per Project manager (Desk Progetti Etiopia) quota parte 7.200 Euro in 3 anni</i> <i>BL 1.1.2 Compenso per Amministrativo/contabile (Desk Amministrativo Etiopia) quota parte 7.200 Euro in 3 anni</i> <i>BL 1.2.1.1 Compenso Cooperante di lungo termine (Capoprogetto) 165.600 Euro</i> <i>BL 1.2.1.2 Compenso Cooperante di lungo periodo (Amministrativo) 126.000 Euro in 3 anni</i> <i>BL 1.2.1.4 Quota parte Compenso Cooperante di lungo periodo (Esperto protezione infantile CIAI) 10.800 Euro</i> <i>BL 1.3.1.5 Compenso nr. 1 coordinatore dei programmi di salute pubblica (quota parte) 10.800 Euro</i> <i>BL 1.3.3.1 Compenso nr. 1 Contabile 20.808 Euro in 3 anni</i> <i>BL 1.3.3.2 Compenso nr. 1 Segretaria 9.720 Euro in 3 anni</i> <i>BL 1.3.3.4 Compenso nr. 4 Guardiani 20.736 Euro in 3 anni</i> <i>BL 1.3.3.5 Compenso nr. 1 Addetta alle pulizie 5.184 Euro in 3 anni</i> <i>BL 1.3.3.6 Compenso nr. 1 Amministrativo (CIAI) 10.800 Euro in 3 anni</i> <i>Assicurazioni: BL 2.1.5 150 Euro, BL 2.1.6 e 2.1.7 5.472 Euro l'una e BL 2.1.8 5.112 Euro</i> <i>Visti/WP e ID: BL 2.1.13 165 Euro e BL 2.1.13 – 14 -15 3.000 Euro l'una</i> <i>Voli: BL 2.2.5 – 6 – 7 – 8 2.400 Euro l'una.</i> <i>2.3.2 Voli interni CIAI 1.725 Euro</i> <i>BL 2.3.3 Spese di trasporto in loco staff di</i>	
--	--	---	--

		progetto CIAI 3.600 Euro 2.4.2 Copertura vitto e alloggio per personale di progetto per missioni sul campo Jinka ed Addis CIAI 4.320 Euro BL 3.5.1 Acquisto arredo per ufficio e trasporto 3.000 Euro BL 3.5.2 Acquisto attrezzatura ufficio (3 computer, 1 stampante, 2 memorie esterne.) CUAMM 3.000 Euro BL 3.5.3 Acquisto attrezzatura ufficio (computer, video camera...) CIAI 1.140 Euro BL 4.1.1 Affitto ufficio di Jinka 20.376 Euro BL 4.1.2 Affitto ufficio di Addis Abeba (quota parte) 14.400 Euro BL 4.2.1 Acquisto cancelleria. CUAMM 4.860 Euro BL 4.2.4 Acquisto cancelleria. CIAI 2.880 Euro BL 4.2.2 Utenze ufficio di Jinka (spese telefoniche, carburante per il generatore, energia elettrica, acqua, materiali per la pulizia) CUAMM 11.520 Euro BL 4.2.5 Utenze e manutenzione ufficio CIAI 5.400 Euro BL 5.2.1 Oneri Bancari CUAMM 2.160 Euro BL 5.2.2 Oneri Bancari CIAI 720 Euro BL 5.3.1 Audit Contabile Annuale in Italia 6.000 Euro BL 5.4.1 Audit Contabile Annuale in Etiopia CUAMM 1.200 Euro BL 5.4.2 Audit Contabile Annuale in Etiopia CIAI 1.500 Euro Quota parte BL 6.2.1 Pubblicazioni/infografiche /factsheet 4.980 Euro per comunicare in Italia l'andamento e i risultati dell'iniziativa	
--	--	--	--

		<i>BL 6.2.2 Mantenimento/aggiornamento sito web e social 1.500 Euro per aggiornare il sito con l'andamento e i risultati del progetto</i> <i>BL 6.2.3 Evento finale di disseminazione dei risultati del progetto (Italia) 2.500 Euro per l'evento da organizzare nell'Y3</i> <i>BL 7.1.1 Compenso di personale in missione di monitoraggio 3.000 Euro. Una missione l'anno da 10 giorni</i> <i>BL 7.2.1 Valutazione di medio termine indipendente 10.000 Euro in Y2</i> <i>BL 7.3.1 Valutazione finale indipendente 15.000 Euro in Y3</i>	
--	--	--	--

2.1 CRONOGRAMMA

2.1.1 Definire il cronogramma delle attività su base mensile

Vedesi Sub Allegato Sezione 2.1 Cronogramma delle attività e delle risorse umane

2.1.2 Definire il cronogramma relativo all'uso delle risorse umane su base mensile

Vedesi Sub Allegato Sezione 2.1 Cronogramma delle attività e delle risorse umane

3. STRATEGIA D'INTERVENTO: MODALITÀ, ATTORI E BENEFICIARI DELL'INTERVENTO

RISULTATO

RA 1.1 Migliorata la qualità dei servizi materno, neonatali e per i bambini sotto i 5 anni, inclusi i servizi nutrizionali, erogati presso l'ospedale Zonale di Jinka.

ATTIVITÀ 1.1.1

Formazione, on-job training e mentoring dello staff ospedaliero sui servizi ostetrico-neonatali, pediatrici e sui servizi nutrizionali inclusa componente di Early Child Development.

METODOLOGIA E APPROCCIO ADOTTATI PER LA REALIZZAZIONE

Ai fini di aumentare la qualità dei servizi ostetrici-neonatali e pediatrici il progetto prevede attività di capacity building del personale sanitario dell'Ospedale di Jinka. Presso l'unità di riabilitazione nutrizionale si intendono applicare alcune misure di Early Child Development WHO²² e recepite a livello nazionale²³. Si abbinerà al pacchetto di servizi di riabilitazione nutrizionale una componente di stimolazione cognitiva dei malnutriti, abbinamento dimostrato avere un impatto significativo nello sviluppo del bambino²⁴.

Azioni di capacity building dello staff:

- Valutazione (I e III anno) delle competenze dello staff per ciascuna area di formazione prevista (EMDOC, ETAT, NIC e Nutrizione con ECD): un questionario di auto-compilazione rileverà le conoscenze e pratiche dello staff pre intervento e durante l'ultimo anno. Per la componente di ECD si indagheranno le conoscenze in ambito di stimolazione cognitiva del bambino²⁵.
- Definizione di calendario e programma formativo (con la direzione ospedaliera). I materiali formativi si baseranno su guidelines e booklet nazionali del EFMoH (come da **Allegato n. 7**) e per la componente di ECD ci si avvarrà della consulenza di consulenza di CSB Onlus: personale esperto di ECD.
- Implementazione di formazione (anno I, II e III):
 - (1) gestione delle emergenze ostetriche dirette di tipo comprensivo (EMDOC): 10 giorni di sessione teorica come da curriculum formativo nazionale e 20 giorni di sessione pratica in affiancamento nel reparto di ostetricia. Saranno coinvolti 20 staff (10 in anno II e 10 in anno III) di cui 10 dell'Ospedale di Jinka e 10 di Turmi HC in Hamer Woreda (vede-si attività 2.1.1)
 - (2) tecniche di gestione del neonato (NICU): 10 giorni e in una sessione pratica di 20 giorni che si svolgerà nel reparto di neonatologia. 20 staff (10 in anno II e 10 in anno III) di cui 10 dell'Ospedale di Jinka e 10 di Turmi HC in Hamer Woreda (vede-si attività 2.1.1)
 - (3) gestione delle emergenze pediatriche (ETAT): 5 giorni di formazione teorica su modello guidelines WHO²⁶. 40 staff (20 in anno I e 20 in anno II) di cui 30 dell'Ospedale di Jinka e 10 di Turmi HC in Hamer Woreda (vede-si attività 2.1.1)
 - (4) gestione dei servizi nutrizionali inclusa componente di Early Child Development²⁷ (ECD) strategia

²² World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

²³ Ministry of Education, Ministry of Health, Ministry of Women's Affairs, Early childhood care education policy and strategic framework, 2018

²⁴ Hodinott J, Maluccio JA, Behrman JR, Flores R, Martorell R. Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults. Lancet. 2008; 371(9610):411–6.

²⁵ Si farà riferimento ad una "best-practice" che ha adottato la stessa metodologia di rilevamento delle competenze dello staff sanitario: Melo e Lima et al., Effectiveness of an action-oriented educational intervention in ensuring long term improvement in attitude knowledge and practices of community health workers in maternal and infant health: a randomized controlled study, BMC Medical Education (2018) 18:224.

²⁶ WHO, Emergency triage assessment and treatment (ETAT), Geneva 2005.

prevista a livello globale e in fase di adozione a livello nazionale²⁸: 6 giorni di formazione teorica. 40 staff (20 in anno I e 20 in anno II) di cui 30 dell'Ospedale di Jinka e 10 di Turmi HC in Hamer Woreda (vede-si attività 2.2.1).

- Assistenza tecnica con un Pediatra da inserire presso l'Ospedale per il miglioramento qualitativo dei servizi erogati, in particolare in neonatologia, per il rafforzamento dei servizi di emergenza pediatrica e in pediatria inclusi i servizi di riabilitazione nutrizionale.
- Supervisione e mentoring dello staff sanitario da parte dello staff tecnico di Zona e Pediatra e Osterica senior CUAMM: 2 volte/anno per 3 giorni per ciascuna area di formazione (MDOC, ETAT, NICU e Nutrizione ECD).

Metodologia:

- L'implementazione delle attività formative sarà in capo a docenti nazionali/locali con assistenza tecnica dello staff CUAMM. Si prevede inoltre il coinvolgimento di personale tecnico esperto di ECD di CSB Onlus.
- Mentoring con approccio skills-oriented: permette di valutare continuamente i progressi dello staff, le attitudini degli stessi e individuare eventuali nuovi gap formativi.

OUTPUT

- Formati e aggiornati 80 staff sanitari dell'Ospedale di Jinka

BENEFICIARI DIRETTI

80 staff sanitario dell'Ospedale di Jinka beneficerà della formazione teorico e pratica: 42 (F) 38 (M).

15 staff del reparto di pediatria, triage pediatrico e dell'unità di riabilitazione nutrizionale beneficiano di Assistenza Tecnica continua: 8 (F) 7 (M).

65.136 Bambini < 5 che accedono ai servizi ambulatoriali (OPD) o alla pediatria (IP) dell'Ospedale di Jinka nel triennio: 31.916 (M) 33.219 (F)

1.708 neonati in NICU nel triennio: 837 (M) 871 (F)

679 bambini < 5 con malnutrizione acuta e severa (SAM) trattati in Ospedale nel triennio: 333 (M) 346 (F)

407 "care-givers" e i loro bambini affetti da SAM che potranno beneficiare di strumenti e spazi per la stimolazione cognitiva.

9.968 donne gravide che accedono al parto assistito nel triennio di cui 1.092 donne in situazione di emergenza ostetrica assistite nel triennio presso l'Ospedale.

BENEFICIARI INDIRETTI:

32.952 popolazione totale della woreda di Jinka Town che beneficerà di servizi sanitari migliorati presso l'Ospedale: 16.147 (M) e 16.806 (F) in particolare le 1.140 donne gravide attese e i 5.144 bambini sotto i 5 anni di età: 2.520 (M) e 2.623 (F).

COINVOLGIMENTO E RUOLO DELLA CONTROPARTE, DEI PARTNER E DI EVENTUALI ALTRI ATTORI/STAKEHOLDERS

Le autorità sanitarie di Zona e la direzione ospedaliera di Jinka saranno coinvolte nella definizione del questionario di rilevamento delle competenze e attitudini dello staff, definizione del programma e formativo sulla base dei curricula nazionali e nelle attività di supervisione e mentoring dello staff. Le formazioni sono previste continuamente nell'ottica di mantenere sempre un pool di staff formato nonostante il turn-over del personale. La "retention" dello staff qualificato va tuttavia monitorata durante il progetto con la direzione ospedaliera in modo da prevedere eventuali misure (formazioni aggiuntive di staff). Le formazioni saranno condivise con le autorità di Zona per garantirne l'eventuale replicabilità al termine del presente progetto, da parte della autorità sanitarie stesse.

RA 1.1

ATTIVITA' 1.1.2

Assistenza tecnica allo staff di gestione dell'Ospedale di Jinka per il miglioramento qualitativo dell'offerta sanitaria

²⁷ WHO, Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential, 2018

²⁸ Ministry of Education, Ministry of Health, Ministry of Women's Affairs, Early childhood care education policy and strategic framework, 2018.

METODOLOGIA E APPROCCIO ADOTTATI PER LA REALIZZAZIONE

Ai fini di migliorare la qualità dei servizi erogati in particolare per donne e bambini, il progetto prevede di fornire assistenza tecnica e formazioni specifiche al management team dell'Ospedale di Jinka per innanzitutto adottare strumenti di monitoraggio della qualità dei servizi materno-neonatali e pediatrici e mettere in atto azioni di miglioramento continuativo della qualità. Il progetto prevede inoltre di applicare alcune misure di ECD del WHO²⁹ e recepite a livello nazionale³⁰ presso l'unità di riabilitazione nutrizionale dell'Ospedale di Jinka: si prevede di abbinare al pacchetto di servizi di riabilitazione nutrizionale offerti una componente di stimolazione cognitiva dei malnutriti, abbinamento che è stato dimostrato avere un impatto significativo nello sviluppo del bambino³¹.

Azioni previste:

- Assistenza tecnica al management team per la definizione di un pacchetto di indicatori qualitativi per i servizi materno e neonatali da introdurre e monitorare presso l'Ospedale di Jinka. Il pacchetto si riferisce alle guidelines WHO³² recepite a livello nazionale³³.
- Formazione specifica al management team dell'ospedale sul pacchetto di indicatori da adottare e nell'ambito del miglioramento qualitativo dei servizi ostetrici e neonatali, nell'ambito dell'iniziativa "Baby Friendly Hospital"³⁴.
- Incontro di orientamento con il management team dell'Ospedale di Jinka sull'iniziativa di ECD da adottare presso l'Unità di riabilitazione nutrizionale con consulente esperto di ECD (CSB Onlus)
- Creazione di un comitato di revisione semestrale (con management team dell'Ospedale, rappresentanti di Zona e di Woreda) sulle azioni di miglioramento qualitativo adottate: 20 partecipanti per 2 volte l'anno per 2 giorni.

Metodologia:

- Mentoring con approccio skills-oriented: permette di valutare continuamente i progressi dello staff, le attitudini degli stessi e individuare eventuali nuovi gap formativi.
- L'implementazione delle attività formative e di assistenza tecnica saranno in capo a CP CUAMM con il supporto di docenti nazionali. Si prevede inoltre il coinvolgimento di personale tecnico esperto di ECD di CSB Onlus e staff tecnico esperto di Women and Child Protection di CIAI.

OUTPUT

- Adottate misure di monitoraggio della qualità dei servizi materno e neonatali
- Adottate e monitorate misure di tipo "Baby-Friendly-Initiative".
- Monitorate le attività di tipo Early Child Development da introdurre presso l'Unità di riabilitazione nutrizionali.

BENEFICIARI DIRETTI

10 Staff della direzione dell'Ospedale di Jinka, 8(M) e 2 (F) e altri 10 staff dei servizi materno-neonatali-pediatrici, 6 (F), 4 (M) saranno coinvolti nell'attività di formazione su indicatori qualitativi da ripetersi I e II anno.

20 membri del comitato di revisione semestrale 12 (M) e 8 (F) beneficeranno di assistenza tecnica e della possibilità di monitorare e proporre misure di implementazione rispetto alle misure adottate presso l'Ospedale.

65.136 Bambini < 5 che accedono ai servizi ambulatoriali (OPD) o alla pediatria (IP) dell'Ospedale di Jinka nel triennio: 31.916 (M) 33.219(F)

1.708 neonati in NICU nel triennio: 837(M) 871 (F)

1.245 bambini < 5 con malnutrizione acuta e severa (SAM) trattati in Ospedale nel triennio: 610(M) 635(F)

9.968 donne gravide che accedono al parto assistito nel triennio di cui 1.092 donne in situazione di emergenza ostetrica assistite nel triennio presso l'Ospedale.

²⁹ World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

³⁰ Ministry of Education, Ministry of Health, Ministry of Women's Affairs, Early childhood care education policy and strategic framework, 2018

³¹ Hoddinott J, Maluccio JA, Behrman JR, Flores R, Martorell R. Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults. Lancet. 2008; 371(9610):411-6.

³² WHO, Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities, 2016.

³³ EFMOH, Health Sector Transformation in Quality, *A guide to transform the quality of health care in Ethiopia*, September 2016.

³⁴ WHO, Baby friendly Hospital Initiative, 1991.

BENEFICIARI INDIRETTI:

32.952 popolazione totale della woreda di Jinka Town che beneficerà di servizi sanitari migliorati presso l'Ospedale: 16.147 (M) e 16.806 (F) in particolare le 1.140 donne gravide attese e i 5.144 bambini sotto i 5 anni di età: 2.520 (M) e 2.623 (F).

COINVOLGIMENTO E RUOLO DELLA CONTROPARTE, DEI PARTNER E DI EVENTUALI ALTRI ATTORI/STAKEHOLDERS

Le autorità sanitarie di Zona e la direzione ospedaliera di Jinka saranno coinvolte in tutte le azioni in quanto l'assistenza tecnica è a loro rivolta:

- Definizione del pacchetto di indicatori qualitativi da introdurre per i servizi materno-neonatali
- Le attività di formazione specifiche che verranno definite “ad hoc” per le esigenze del team di gestione ospedaliera.

Infine la creazione di un comitato di revisione semestrale sulle attività implementate di miglioramento qualitativo dei servizi erogati a livello ospedaliero ha come obiettivo proprio assicurare il coinvolgimento non solo della direzione ospedaliera ma anche delle autorità di Woreda e Zona al monitoraggio e valutazione delle suddette attività. Questo nell'ottica di proporre maggior ownership da parte delle autorità all'iniziativa e quindi prevederne eventuali coperture dei costi a carico di altri stakeholders oltre al CUAMM al termine del presente progetto.

RA 1.1

ATTIVITA' 1.1.3

Fornitura di equipaggiamenti, farmaci e materiali incluse piccole riabilitazioni per garantire l'erogazione di servizi di qualità.

METODOLOGIA E APPROCCIO ADOTTATI PER LA REALIZZAZIONE

L'Ospedale Zonali di Jinka è struttura governativa pertanto il sistema pubblico di finanziamento dei servizi sanitari garantisce la copertura dei salari, l'approvvigionamento di farmaci attrezzature e consumabili. Tuttavia, a causa della scarsità di risorse disponibili e i gaps nella capacità di pianificazione, l'ospedale può trovarsi con infrastrutture inadeguate (i.e. al momento dell'assessment si riportano frequenti carenze di elettricità e non costante approvvigionamento idrico) senza attrezzature essenziali e in condizioni di stock-out di farmaci e materiali. Si intende dunque supportare l'ospedale per colmare tali gaps in modo da assicurare costante erogazione dei servizi.

Il CP CUAMM è responsabile dell'attività, con il supporto dell'amministrativo di progetto e l'apporto tecnico di un consulente tecnico esperto di costruzioni per la parte infrastrutturale.

Azioni:

- Valutazione annuale con la direzione ospedaliera dei bisogni specifici in termini di riabilitazioni infrastrutturali: in particolare si prevedono misure infrastrutturali atte a garantire approvvigionamento idrico e elettricità alla struttura ospedaliera; ristrutturazioni architettoniche per rendere la struttura ospedaliera “child-friendly” (es. latrine specifiche per i bambini, diminuzione barriere architettoniche per favorire l'accesso da parte di bambini con bisogni speciali (CWSN);
- Valutazione annuale dei gaps in termini di attrezzature (in particolare per pediatria e unità di riabilitazione nutrizionale) con la direzione ospedaliera;
- Valutazione trimestrale di farmaci consumabili in collaborazione con la direzione ospedaliera e sulla base dei report trimestrale di attività cliniche e supervisioni da parte del CP per monitoraggio;
- Procurement di attrezzature, farmaci e consumabili e distribuzione attraverso la direzione ospedaliera di Jinka.

Per quanto riguarda l'avvio di attività di tipo Early Child Development si prevedono queste azioni:

- Riabilitazione minore per creare un “ECD corner” presso l'unità di riabilitazione nutrizionale (rimozione di pareti, apertura porta, posatura piastrelle). Realizzazione murali illustrativi su pareti della struttura e clip video su buone pratiche di prevenzione, cura, ECD (vedesi 10.1b,d)
- Fornitura di materiali di stimolazione dei bambini che verranno utilizzati dai “care-givers/mamme” dei bambini: giochi e strumenti didattici sonori fatti con materiale disponibile localmente, da poter replicare a livello di household (vedesi 10.1e).

Metodologia:

- Need Assessment (annuale) per le attrezzature e trimestrale (I, II e III anno) per farmaci e consumabili

(team di progetto e team ospedalieri) • <u>Monitoraggio stoccaggio e gestione farmaci/consumabili</u> continui durante le attività di assistenza tecnica alla gestione ospedaliera
OUTPUT - Garantita erogazione continua dei servizi presso l'Ospedale di Jinka che avrà una infrastruttura migliorate e attrezzature, farmaci e materiali garantiti. - Migliorato l'accesso da parte dei bambini all'infrastruttura ospedaliera tramite misure di tipo "child-friendly" e garantito spazio e materiali adeguati per l'avvio di attività di tipo ECD presso l'Ospedale di Jinka. - Rafforzato il sistema di raccolta dati e pianificazione delle attività sanitarie (in quanto la fornitura di farmaci e materiali sarà subordinata alla condivisione delle attività erogate).
BENEFICIARI DIRETTI 65.136 Bambini < 5 che accedono ai servizi ambulatoriali (OPD) o alla pediatria (IP) dell'Ospedale di Jinka nel triennio: 31.916 (M) 33.219(F) 1.708 neonati in NICU nel triennio: 837(M) 871 (F) 679 bambini < 5 con malnutrizione acuta e severa (SAM) trattati in Ospedale nel triennio: 333(M) 346(F) 407 "care-givers" e i loro bambini affetti da SAM che potranno beneficiare di strumenti e spazi per la stimolazione cognitiva. 9.968 donne gravide che accedono al parto assistito nel triennio di cui 1.092 donne in situazione di emergenza ostetrica assistite nel triennio presso l'Ospedale. BENEFICIARI INDIRETTI: 32.952 popolazione totale della woreda di Jinka Town che beneficerà di servizi sanitari migliorati presso l'Ospedale: 16.147 (M) e 16.806 (F) in particolare le 1.140 donne gravide attese e i 5.144 bambini sotto i 5 anni di età: 2.520 (M) e 2.623 (F).
COINVOLGIMENTO E RUOLO DELLA CONTROPARTE, DEI PARTNER E DI EVENTUALI ALTRI ATTORI/STAKEHOLDERS La direzione ospedaliera e le autorità sanitarie di Zona saranno coinvolte nella valutazione iniziale dei bisogni in termini di attrezzature e materiali in modo da verificare se sono previste azioni di mitigazione degli stessi nell'ambito della pianificazione di Zona o meno. La direzione ospedaliera collaborerà nella valutazione trimestrale dei gaps di farmaci e materiali di consumo sulla base dei dati di attività sanitarie. Questo meccanismo rafforzerà il sistema di raccolta dati e la pianificazione dei bisogni, quest'ultimo rimane infatti un aspetto debole e spesso alla base delle rotture di stock, dall'altro stimolerà le autorità sanitarie a mettere in atto misure di mitigazione delle rotture di stock a livello Zonale, Regionale e Nazionale in vista della sostenibilità post progetto.
RISULTATO RA 1.2 Migliorato l'accesso ai servizi erogati a Jinka Hospital
ATTIVITA' 1.2.1 <u>Supporto ad attività di promozione dei servizi sanitari e di protezione presso l'area di Jinka town</u>
METODOLOGIA E APPROCCIO ADOTTATI PER LA REALIZZAZIONE Ai fini di promuovere l'accesso ai servizi materno-neonatali e infantili inclusi i servizi nutrizionali e di protezione erogati presso l'Ospedale di Jinka si attueranno strategie per promuovere l'accesso agli stessi da parte della popolazione di Jinka Town (32.952 persone di cui 1.140 donne gravide, 5.144 bambini < 5 anni di cui 171 si stima essere affetti da malnutrizione acuta e severa - SAM e circa 81 affetti da SAM (< 3 SD weight for height). Si stima infatti che solo il 20% delle emergenze ostetriche (MDOC) previste vengano riferite all'Ospedale di Jinka e solamente il 30% dei bambini < 5 con malnutrizione acuta e severa (SAM) accedano ai servizi di riabilitazione nutrizionale dell'Ospedale. Azioni: • Definizione di calendario di "outreaches" dall'Ospedale di Jinka alle aree di Jinka Town nel territorio per effettuare attività combinate di visite pre e post natali, vaccinazione, screening malnutrizione e riferimento dei casi di SAM. Nell'ambito di tali sessioni saranno anche coinvolti gli agenti comunitari sanitari (Health Extension Workers HEWs e Health Development Army HDAs) operanti nell'area per sessioni di educazioni alle gravide sulla nutrizione e buone pratiche di salute in gravidanza e al momento del parto e alle mamme sul breastfeeding, svezzamento e corretta nutrizione del bambino.

Le sessioni saranno integrate dall'utilizzo di tessere educative illustrate e brevi video clip che spieghino buone pratiche igienico-sanitarie e di nutrizione, interventi di contrasto ai sintomi di malessere del bambino e alla malnutrizione (vedesi sezione 10.1c,d).

- 324 sessioni di clinica mobile "Outreach" a partire dall'Ospedale di Jinka sul territorio di Jinka town in cui la popolazione ha meno accesso ai servizi sanitari: 4 giorni per 3 settimane su 9 mesi per 3 anni. Con il coinvolgimento di 5 staff dell'Ospedale di Jinka (tra cui 2 ostetriche e ostetrica senior CUAMM) e 4 operatori sanitari comunitari (HEWs e HDA).
- 8 sessioni di sensibilizzazione comunitaria (II e III anno) sui servizi di cura, prevenzione e protezione formali ed informali per le mamme e i bambini con l'obiettivo di rafforzare il coinvolgimento della comunità nei percorsi di prevenzione, protezione e accesso ai servizi sanitari. Tali eventi comunitari saranno implementati con il supporto dei leader comunitari e religiosi della città e con gli operatori sanitari comunitari (HEW e HDA).
- 3 campagne di sensibilizzazione (previste tra giugno e ottobre di I, II e III anno) sul diritto alla salute e protezione con particolare focus sul ruolo delle bambine e delle donne. Saranno organizzate tra giugno ed ottobre di ogni anno di progetto. Si prevede di organizzare sessioni teatrali e competizioni sportive di coinvolgimento degli studenti delle scuole della città, la distribuzione di materiale e una rappresentazione teatrale.

Metodologia:

- Gender Mainstreaming ed Empowerment Femminile: le attività di sensibilizzazione e *raising awareness* adotteranno un approccio di genere veicolando messaggi che promuovono in particolare il ruolo della donna nella comunità e il suo empowerment (anche inteso, concretamente, come facoltà di scegliere liberamente se affidarsi all'assistenza sanitaria qualificata). Il coinvolgimento delle leader dei HDA e delle HEWs mira a rafforzarne il ruolo a livello comunitario.
- Rights based approach: tutte le attività si baseranno sull'approccio centrato sui diritti e sul valore della persona umana, veicolando messaggi legati al diritto alla salute e protezione.

OUTPUT

324 sessioni di outreaches;
8 eventi di sensibilizzazione comunitari realizzati;
3 campagne di sensibilizzazione implementate sulla protezione dell'infanzia.

BENEFICIARI DIRETTI

6.480 donne raggiunte con le attività di tipo outreaches (20 donne per 324 sessioni totali) di cui 2.500 donne gravide (60% delle gravide attese nell'area).
3,240 bambini < 5 raggiunti con attività di tipo outreaches: 1650 (F) e 1590 (M).
30 leader comunitari coinvolti negli eventi di sensibilizzazione (20M/10F)
Circa 5.000 persone raggiunte attraverso gli 8 eventi e le 3 campagne di sensibilizzazione: 2.350 < 15 anni di cui 1198 (F) e 1151 (M); 2400 popolazione tra 15-46 anni: 1.224 (F) e 1.176 (M); 250 popolazione < 46 anni: 128 (F) 122 (M).

BENEFICIARI INDIRETTI:

32.952 popolazione di Jinka Town e in particolare 1.140 donne gravide attese l'anno che beneficeranno indirettamente (tramite diffusione delle conoscenze) delle attività di "awareness".

COINVOLGIMENTO E RUOLO DELLA CONTROPARTE, DEI PARTNER E DI EVENTUALI ALTRI ATTORI/STAKEHOLDERS

Le autorità sanitarie di Zona e di Woreda la direzione ospedaliera di Jinka saranno coinvolte nella definizione del calendario delle outreaches sul territorio di Jinka Town e nella strategia di educazione, comunicazione per la diffusione delle buone pratiche di salute, mentre le autorità degli uffici educazione e donne e bambini saranno coinvolte nell'organizzazione delle campagne e degli eventi comunitari di sensibilizzazione. I dati di attività delle outreaches saranno condivisi con le autorità sanitarie e con la direzione ospedaliera nel comitato di revisione semestrale (vede-si attività 1.1.2)

Questo permetterà di rafforzare l'ownership da parte delle autorità sanitarie e, nel caso di successo, di prevederne la continuità tramite l'inserimento delle stesse nel piano sanitario di Zona e Woreda anche a conclusione di progetto.

RA 1.2

ATTIVITA' 1.2.2

Supporto/implementazione di un sistema di riferimento Zonale in ambulanza dalle woreda di Zona a Jinka Hospital.

METODOLOGIA E APPROCCIO ADOTTATI PER LA REALIZZAZIONE

L'accesso all'Ospedale di Jinka, in particolare per le emergenze sia ostetriche sia pediatriche e legate alla malnutrizione, è al momento molto ridotto, rispetto ai bisogni identificati nell'area.

Per quanto riguarda la popolazione di Jinka Town si stima che solo il 20% delle emergenze ostetriche previste vengano riferite all'Ospedale di Jinka e il 23% dei SAM accedano ai servizi di riabilitazione nutrizionale dell'Ospedale.

Per quanto riguarda le altre woreda della South Omo Zone, sulla base dei dati ospedalieri di Jinka (registri con provenienza) considerati i dati di popolazione, la distribuzione geografica e le strutture sanitarie esistenti, 3 sono le woreda dalle quali ci si aspetta maggior accesso ai servizi erogati dall'Ospedale di Jinka, in particolare per le emergenze ostetriche (MDOC) e per il trattamento dei casi di malnutrizione acuta e severa: South Ari; Male e Bennatsemay. Dal South Ari, in base alle stime effettuate, ci si attende che almeno l'8% delle MDOC siano riferite all'Ospedale zonale di Jinka (baseline 5%); da Bennatsemay almeno il 15% (baseline 9%) e da Male almeno il 10% (baseline 4%).

Per quanto riguarda i casi di malnutrizione al momento solo il 13% dei casi di SAM vengono riferiti (153 casi/anno).

Le woreda a sud della South Omo Zone invece dovrebbero riferire al Centro di Salute di Turmi sia per quanto riguarda le emergenze ostetriche sia per i casi SAM (vede-si RA 2.2).

Ad oggi presso l'Ospedale di Jinka esiste un servizio di riferimento di emergenza con ambulanza e sono circa 98 i riferimenti per emergenza ostetrica e 70 i riferimenti pediatrici registrati (dati 2018). Il servizio purtroppo non è disponibile 24h/24 (per indisponibilità dei mezzi e dello staff adeguato) e il registro dei riferimenti va rafforzato e monitorato. Inoltre non è stato avviato alcun meccanismo di feed-back sui riferimenti alle woreda. Pertanto si intende rafforzare il sistema di riferimento zonale in ambulanza implementando le linee guida per il riferimento nazionali del EFMOH.

Il CP è responsabile dell'attività, supportato da Assistente di Progetto e in collaborazione con diversi stakeholders. Azioni:

- Individuazione dei referenti presso l'Ospedale di Jinka e presso le 3 woreda che riferiscono a Jinka e la woreda di Hamer (tot. 4) per la gestione e il follow up dei riferimenti
- Revisione dei protocolli di riferimento presso l'Ospedale di Jinka (ostetrici e pediatrici e legati ai servizi nutrizionali) (in collaborazione con le autorità di Zona e Woreda e la direzione ospedaliera)
- Elaborazione accordi operativi del protocollo di gestione fondi a supporto delle ambulanze: rimborsi erogati su base trimestrale a fronte dei dati dei riferimenti per aumentare l'accesso ai servizi sanitari
- Stampa e fornitura registri per monitorare l'uso di mezzi e i riferimenti
- Corso di formazione (2 giorni – I e II anno) allo staff di gestione delle ambulanze per divulgare il protocollo, gli accordi operative di gestione, i registri da compilare, il format da compilare per il "follow-up" dei casi riferiti: 3 staff per le 3 woreda coinvolte più 3 staff dell'Ospedale di Jinka (12 persone formate per 2 anni: totale 24).
- Sostegno ai costi di funzionamento di 4 ambulanze (Ospedale di Jinka e 3 ambulanze delle woreda di South Ari, Male e Bennatsemay) con quota parte carburante, per diem autisti, costi di telefonia.

Metodologia:

- Definizione condivisa e partecipata dei Protocolli di Riferimento, delle modalità di gestione e follow-up
- Rimborso su base trimestrale e su presentazione dati di attività dei riferimento effettuati via ambulanza dalle woreda

OUTPUT

- Rafforzato il sistema di riferimento delle emergenze dalle 3 Woreda limitrofe e dall'area di Jinka town attraverso il supporto all'ambulanza dell'Ospedale di Jinka e delle 3 Woreda di South Ari, Male e Bennatsemay.

BENEFICIARI DIRETTI

30 staff di gestione delle ambulanze formato

Circa 508 donne gravide che nel triennio saranno riferite in ambulanza per emergenza ostetrica all'ospedale di Jinka.

Circa 306 bambini < 5 gravi (sia affetti da SAM complicata che da altre patologie) che saranno riferiti in

ambulanza dalle woreda limitrofe all'Ospedale di Jinka: 150 (M) 156 (F).

BENEFICIARI INDIRETTI

La popolazione delle 6 woreda coinvolte della South Omo Zone (616.866) e in particolare le donne gravide 21.343 e i bambini < 5 anni 96.293 49.109 (F) 47.184 (M) .

COINVOLGIMENTO E RUOLO DELLA CONTROPARTE, DEI PARTNER E DI EVENTUALI ALTRI ATTORI/STAKEHOLDERS

Le autorità sanitarie di Zona, delle 3 Woreda coinvolte e della direzione ospedaliera di Jinka saranno coinvolte in tutte le azioni:

- Individuazione dei referenti presso l'Ospedale di Jinka per la gestione e il follow up dei riferimenti
- Revisione dei protocolli di riferimento presso l'Ospedale di Jinka (ostetrici e pediatri e legati ai servizi nutrizionali)
- Elaborazione accordi operativi di gestione dei fondi a supporto delle ambulanze
- Monitoraggio dei registri presso l'Ospedale e le Woreda

Questo permetterà di rafforzare l'ownership da parte delle autorità sanitarie e di prevederne la continuità tramite l'inserimento del supporto alle ambulanze nel piano sanitario di Zona e Woreda. In tal modo si mettono i presupposti per una copertura dei costi da parte delle autorità sanitarie stesse o attraverso il supporto di altri stakeholders a conclusione di progetto.

RA 1.2

ATTIVITA' 1.2.3 Promozione del diritto alla salute, accesso ai servizi sanitari e protezione dell'infanzia presso le scuole di Jinka

METODOLOGIA E APPROCCIO ADOTTATI PER LA REALIZZAZIONE

Ai fini di favorire il riconoscimento da parte delle più giovani generazioni dell'importanza della prevenzione e dell'affidarsi a cure e servizi di protezione, il progetto prevede una serie di azioni rivolte in particolare agli studenti di 2 scuole secondarie di Jinka e al personale che vi opera.

AZIONI:

1. Valutazione partecipativa (I anno e ripetuta al III anno) relativa alla percezione dei servizi sanitari (accessibilità e qualità percepita) e alle azioni scolastiche esistenti di promozione del diritto alla salute e di protezione di infanzia e delle donne. Si stima di raccogliere queste informazioni presso la metà degli istituti scolastici presenti a Jinka (4 su 8 scuole). L'indagine verrà implementata coinvolgendo gli studenti di 2 scuole secondarie dell'area di Jinka: 30 rappresentanti selezionati dei Child Clubs scolastici (15M/15F), facilitati dai responsabili CIAI e in collaborazione con lo staff delle scuole, saranno coinvolti nella redazione di questionari, formazione e raccolta dati nelle scuole.
2. Capacity building e formazione del personale scolastico e membri di 2 associazioni dei genitori, studenti e degli insegnanti (PSTA) attive a scuola, definite sulla base della valutazione partecipativa:
 - Formazione (ToT) per N. 10 dirigenti scolastici e 6 membri di PSTA (3 per ogni PSTA presente nelle 2 scuole secondarie) di 3 giorni strutturata su tre moduli: a) analisi del tema *gender* applicato ai concetti del diritto alla salute; b) ruolo della scuola nell'identificare e prevenire i fenomeni di discriminazione legati al genere e nel promuovere l'accesso ai servizi sanitari; c) come creare un ambiente scolastico partecipativo, *child friendly* e libero dalle discriminazioni di genere ("*Gender discrimination free*").
 - I 10 dirigenti scolastici coinvolgeranno quindi i clubs scolastici nella redazione di un piano scolastico di tipo "*Gender discrimination free school Plan*" che comprenda azioni di promozione dell'accesso ai servizi sanitari da divulgare attraverso 15 incontri, in altre 6 scuole dell'area.
 - Formazione a 40 persone (dirigenti scolastici, insegnanti, membri delle PSTA) di 2 scuole secondarie di Jinka. La formazione di 3 giorni sulle tecniche di "*positive discipline*". Dai dati raccolti nell'assessment effettuato da CIAI a Jinka è infatti emersa la difficoltà nel gestire positivamente le responsabilità di insegnamento e le difficoltà ambientali e comportamentali degli alunni in classe. Il comportamento negativo di alunni ed insegnanti nel contesto scolastico porta conseguenze negative circa la salute psichica e fisica, la frequenza ed il successo degli alunni a scuola. L'attività ha quindi l'obiettivo di trasmettere gli elementi principali del modello di Disciplina Positiva.
3. Sostegno al funzionamento e alla formazione di 4 School Clubs e Girls Clubs delle 2 scuole secondarie target sul Diritto alla salute & servizi di prevenzione, cura e protezione dell'infanzia, attraverso:
 - Formazione di 5 giorni per 24 leaders degli studenti (6 x 2 Child Club + 6 x 2 Girl Club). Gli stessi 24

membri riceveranno successivamente una formazione (ToT) di 3 giorni sui diritti dei bambini, sui servizi di prevenzione, cura e protezione presenti in loco, sulle tecniche di partecipazione e pianificazione.

- Supporto alla realizzazione di incontri mensili dei 4 Schools clubs, con il supporto del personale di progetto CIAI, degli insegnanti e dei PTSA, per affrontare temi relativi alla situazione femminile nelle comunità, i bisogni di salute ed educativi, la protezione dei bambini e la loro partecipazione.

Metodologia:

- Valutazione partecipativa: metodologia nel quale i rappresentanti delle parti interessate (inclusi i beneficiari) collaborano alla definizione, realizzazione e interpretazione dei risultati di una valutazione. La valutazione inerente ai servizi di prevenzione e cura sanitaria avrà un taglio orientato ai bisogni specifici dei giovani 10/25 anni e distinto per genere.
- Disciplina Positiva. Il personale scolastico sarà formato su questo modello disciplinare che si concentra sui punti positivi di comportamento, partendo dal presupposto che non esistono bambini buoni o cattivi, ma solo comportamenti positivi o negativi.

OUTPUT

- 1 valutazione partecipativa che raccoglie informazioni in almeno la metà degli istituti scolastici presenti a Jinka.
- Formazione su empowerment femminile, diritto alla salute e protezione per 16 membri del personale di 2 scuole e di 40 membri su Disciplina Positiva a scuola.
- 40 persone (dirigenti scolastici, insegnanti, membri delle PSTA) di 2 scuole secondarie di Jinka formati.
- 2 “Gender discrimination free school Plan” che include azioni di promozione all’accesso ai servizi sanitari.
- 15 Incontri di divulgazione presso le scuole dei “Gender discrimination free school Plan”
- N 24 leaders (M/F) di School Clubs ricevono formazione
- 2 School Clubs e 2 School Girls Clubs si riuniscono mensilmente

BENEFICIARI DIRETTI

N 16 dirigenti scolastici e membri PSTA: 8 (F) e 8 (M);

N 40 personale scolastico (dirigenti, insegnanti, membri di PSTA): 20 (F) 20 (M);

N 180 Membri dei Child and Girls Clubs: 90 (F) e 90(M);

BENEFICIARI INDIRETTI

32.952 popolazione di Jinka Town e in particolare i 2.296 studenti delle scuole coinvolte.

COINVOLGIMENTO E RUOLO DELLA CONTROPARTE, DEI PARTNER E DI EVENTUALI ALTRI ATTORI/STAKEHOLDERS

Le autorità degli Uffici Educazione e Donne e Bambini della Zona saranno coinvolti direttamente in tutti le attività, rispetto alla condivisione dei loro contenuti, pianificazione e implementazione delle attività di formazione e valutazione. Rispetto a quest’ultima, il progetto prevede inoltre il coinvolgimento di diversi stakeholders, autorità locali, leader comunitari, personale sanitario e scolastico, beneficiari.

RISULTATO

RA 1.3 Rafforzate le capacità delle autorità sanitarie di Zona di pianificare, gestire e monitorare i servizi materno, neonatali e dei bambini sotto i 5 anni della South Omo Zone

ATTIVITA' 1.3.1

Assistenza tecnica alle autorità Zonali e di Woreda e creazione di meccanismi di “endorsment” locale all’iniziativa.

METODOLOGIA E APPROCCIO ADOTTATI PER LA REALIZZAZIONE

Alle autorità di Zona è demandata la programmazione e il continuo monitoraggio dell’implementazione delle attività sanitarie a livello di popolazione mentre è in capo alle autorità di Woreda, secondo la logica del decentramento amm.vo, l’implementazione delle attività sanitarie a livello territoriale³⁵.

Il CP CUAMM assieme all’Assistente di Progetto CUAMM (che ha il compito specifico di raccogliere e monitorare i dati sanitari) saranno i promotori di “capacity building” delle autorità Zonali e di Woreda volte a migliorare accesso e qualità dei servizi materno-neonatali e pediatrici con ricadute in tutta la South Omo Zone. Queste ricadute dovrebbero impattare nell’aumento degli accessi all’Ospedale di Jinka (indicatori di RA 1.2)

³⁵ FMOH, Ethiopia Health Sector Transformation Plan (EHSTP 2015/16- 2019/20).

dovuto ai riferimenti dei casi gravi dalle woreda di South Ari Male e Bennatsemay e nell'aumento degli accessi al Centro di Salute di Turmi (vedesi indicatori di RA 2.2) dovuto agli aumentati riferimenti dalle woreda di Gngangatom, Dasenech e Hamer.

Azioni:

- Evento di lancio con conferenza stampa (Addis Abeba) e workshop iniziale (Jinka) di condivisione obiettivi e strategie. Workshop finale (Jinka) di condivisione dei risultati progettuali. Il CP CUAMM, con le autorità sanitarie di Zona e Woreda e con il supporto dell'Ufficio Comunicazione CUAMM Italia, definirà: data, lista partecipanti, programma, materiali informativi (factsheet, brochure), follow-up lancio media nazionali e italiani (Sezione 10.1a, 10.2a)
- Formazione (I e III anno) di autorità sanitarie di Zona (5 referenti) e delle 6 Woreda (12: 2 per woreda) e di 5 staff di gestione di Jinka Hospital (vedesi attività in RA 1.1) (totale 22 persone che saranno formate per 2 anni tenuto conto il turn over del personale) su sistema di raccolta dati (in particolare emergenze ostetriche di tipo diretto MDOC); sulla creazione dei comitati di auditing delle morti materne MDSR secondo linee-guida nazionali³⁶ e sul protocollo dei riferimenti di emergenza in ambulanza all'Ospedale di Jinka (definiti in attività 1.2.2).
- Partecipazione ai Technical working groups (TWG) zonal sui servizi materno-neonatali e pediatrici (MNCH). CUAMM, nell'ambito del progetto AICS AID 10568/CUAMM/ETH implementato in South Omo Zone, è stato designato segretario del TWG sulla MNCH. Si darà continuità al ruolo potenziando l'attività di revisione dati e valutazione delle misure di miglioramento qualitativo. Il fatto che, a differenza dello scorso progetto, CUAMM supporterà direttamente l'Ospedale zonale di Jinka offre una buona piattaforma/opportunità di lavoro teorico e pratico con le autorità.
- Creazione di un comitato di revisione semestrale (20 partecipanti: 5 autorità zonal, 12 autorità delle 6 woreda e 5 di Jinka Hospital) di monitoraggio sulle azioni del miglioramento qualitativo adottate: 2 volte l'anno (2 gg) (vedesi attività 1.1.3).
- Assistenza tecnica continuativa da parte di CUAMM CP e CUAMM Assistente di Progetto alle autorità sanitarie di Zona per la definizione dei piani sanitari, monitoraggio dati in particolare sulle MDOC e sui riferimenti d'emergenza.
- Fornitura di un "buffer" di farmaci e materiali a livello zonale volte a dare continuità alle attività sanitarie anche durante fenomeni di "out of stock". Il miglioramento della raccolta dati (presupposto per la fornitura di eventuali farmaci e materiali carenti) dovrebbe migliorare la gestione del magazzino farmaci evitando così i fenomeni di "out of stock".

Metodologia:

– Country ownership, leadership, accountability: si intende capacitare le autorità sanitarie zonal e di woreda (e la direzione dell'Ospedale) attraverso supporto tecnico continuativo e le formazioni specifiche.

OUTPUT

- Rafforzato il sistema di monitoraggio delle emergenze ostetriche di tipo diretto (MDOC) e il sistema di sorveglianza e auditing delle morti materne (MDSR) a livello Zonale.
- Adottato il protocollo di riferimento in ambulanza dei casi di emergenza (ostetrica e pediatrica) a livello zonale.
- Autorità sanitarie di Zona e di Woreda, monitorano e adottano misure di miglioramento qualitativo sperimentate a Jinka Hospital.
- Rafforzato il sistema di raccolta dati sanitari e, di conseguenza migliorata la pianificazione dei servizi materno-neonatali e pediatrici (incluso approvvigionamento farmaci e materiali).

BENEFICIARI DIRETTI

5 autorità locali Zonal, 3 (M) 2 (F) e 12 autorità di Woreda (2 per 6 Woreda) 8 (F) 4 (M) della South Omo Zone beneficeranno di formazione assistenza tecnica per adottare e monitorare misure di miglioramento qualitativo dei servizi materno-neonatali e pediatrici.

70 partecipanti al lancio iniziale e al workshop di chiusura del progetto. 36 (F) 34 (M)

BENEFICIARI INDIRETTI:

³⁶ National Technical Guidance for Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response, Ethiopian Public Health Institute, July 2017; MPDSR Guidance, Workbook and Answerbook November 2017

La popolazione delle 6 woreda coinvolte della South Omo Zone (616.866) e in particolare le donne gravide 21.343 e i bambini < 5 anni 96.293 49.109 (F) 47.184 (M) 508 donne gravide che saranno riferite per emergenza ostetrica di tipo diretto (MDOC) dalle woreda limitrofe all'ospedale di Jinka in ambulanza. 306 bambini < 5 anni che beneficeranno di un riferimento in ambulanza: 150 (M) 156 (F).
COINVOLGIMENTO E RUOLO DELLA CONTROPARTE, DEI PARTNER E DI EVENTUALI ALTRI ATTORI/STAKEHOLDERS Le autorità sanitarie di Zona e Woreda saranno coinvolte in tutte le azioni suddette allo scopo di rafforzare l'ownership da parte delle autorità all'iniziativa e quindi prevederne eventuali ricadute (scale up di best practices), replicabilità e coperture dei costi anche al termine del progetto. Le attività previste sono tutte di rafforzamento di competenze previste a livello nazionale e di rinforzo all'applicazione di guidelines e piani operativi nazionali.
RA 1.3
ATTIVITA' 1.3.2 <u>Formazione dello staff sanitario dei centri di salute (20) di 6 woreda di Zona per migliorare la qualità dei servizi materno, neonatali e dei bambini sotto i 5 anni erogati a livello Zonale.</u>
METODOLOGIA E APPROCCIO ADOTTATI PER LA REALIZZAZIONE Alle autorità di Zona è demandata la programmazione e il continuo monitoraggio dell'implementazione delle attività sanitarie³⁷ e altresì il compito di promuovere azioni di capacity building dello staff sanitario che opera sul territorio. In questo senso, le buone pratiche volte al miglioramento della qualità e dell'accesso ai servizi ostetrico-neonatali e pediatrici, inclusi i servizi nutrizionali, che si intendono promuovere con il presente progetto presso l'Ospedale di Jinka, offrono una piattaforma ideale per il trasferimento delle suddette pratiche al personale sanitario che opera nelle strutture sanitarie della Zona prevedendo ad es. attività di formazione con componente di "on job training" da svolgersi a Jinka. Il progetto intende supportare le autorità zonali in questa azione di miglioramento di competenze e pratiche del personale sanitario ai fini delle importanti ricadute che questo avrà per la popolazione di tutta la Zona anche se quest'ultima non è direttamente supportata dal presente progetto (che si concentra all'Ospedale di Jinka e alla woreda di Hamer). Queste ricadute dovrebbero però impattare nell'aumento degli accessi all'Ospedale di Jinka (indicatori di RA 1.2) dovuto ai riferimenti dei casi gravi dalle woreda di South Ari Male e Bennatsemay e nell'aumento degli accessi al Centro di Salute di Turmi (vedesi indicatori di RA 2.2) dovuto agli aumentati riferimenti dalle woreda di Gngangatom, Dasenech e Hamer. Questi ultimi sono indicatori che monitoriamo da progetto. Il CP CUAMM assieme allo staff tecnico CUAMM per la componente di "on the job training" (Pediatra e ostetrica senior locale) con le autorità sanitarie di Zona e la direzione dell'Ospedale di Jinka effettueranno "capacity building" allo staff di Woreda volte a migliorare accesso e qualità dei servizi Materno-neonatali e pediatrici erogati nelle woreda e rafforzare il meccanismo dei riferimenti all'Ospedale di Jinka stesso: – Formazione (I e II anno) a 40 staff (2 per 20 Centri di Salute) distribuiti sulle 6 woreda di Zona, tra cui Hamer woreda (vedesi attività 2.1.2) su sistema di raccolta dati (in particolare emergenze ostetriche di tipo diretto MDOC); su auditing delle morti materne MDSR³⁸ e sul protocollo dei riferimenti di emergenza in ambulanza all'Ospedale di Jinka e al Centro di salute di Turmi (definiti in attività 1.2.2). Le autorità zonali e di Woreda e la direzione dell'Ospedale di Jinka, a loro volta formati in attività 1.3.1, saranno responsabili del training. – Formazione (I e II anno) con componente di "on job training" presso l'Ospedale di Jinka su gestione migliorata dei servizi pediatrici (IMNCI) per 40 staff (2 per 20 centri di salute). – Formazione (I e II anno) con componente di "on job training" presso l'Ospedale di Jinka su gestione dei servizi per la malnutrizione per 40 staff (2 per 20 centri di salute). – Mentoring e supervisione da parte delle autorità Zonali, dello staff di Jinka Hospital rappresentanti di WHO a livello zonale e CUAMM presso i Centri di Salute (20) delle Woreda di Zona. In particolare si prevedono 2 attività parallele di mentoring su tutti i 20 Centri di Salute 2 volte l'anno da parte di un

³⁷ FMOH, Ethiopia Health Sector Transformation Plan (EHSTP 2015/16- 2019/20).

³⁸ National Technical Guidance for Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response, Ethiopian Public Health Institute, July 2017; MPDSR Guidance, Workbook and Answerbook November 2017

team di 5 persone (1 staff di Ospedale di Jinka, 1 staff di Zona, 1 staff di Woreda e il CP CUAMM con autista) una con focus sulle emergenze ostetriche (EMDOC) auditing delle morti materne (MDSR) e servizi pediatrici e nutrizionali (IMNCI e Nutrizione).

Metodologia:

- Formazione teorico-pratica di tipo on job training per il rinforzo delle competenze e il miglioramento degli “skills” pratici.
- Peer-to-peer learning come pratica per rafforzare le competenze pratico-operative dello staff infermieristico e strumento di team-building professionale
- Mentoring con approccio skills-oriented: la supervisione congiunta del personale permette di valutare continuamente i progressi dello staff e individuare eventuali nuovi gap formativi.

OUTPUT

- Migliorate le competenze in ambito di gestione delle MDOC e dei servizi pediatrici (IMNCI) e dei servizi nutrizionali per 40 staff sanitario di Woreda.
- Rafforzato il sistema di monitoraggio delle emergenze ostetriche di tipo diretto (MDOC) e il sistema di sorveglianza e auditing delle morti materne (MDSR) a livello Zonale.
- Rafforzato il sistema di riferimento in ambulanza dei casi di emergenza (ostetrica e pediatrica) a livello delle 6 woreda.

BENEFICIARI DIRETTI

40 staff sanitario di Woreda (2 per 20 HCs) beneficerà delle attività di formazione e del mentoring e supervisione delle attività sanitarie implementate a livello di Woreda: 35 (F) 5 (M).

BENEFICIARI INDIRETTI:

La popolazione delle 6 woreda coinvolte della South Omo Zone (616.866) e in particolare le donne gravide 21.343 e i bambini < 5 anni 96.293 49.109 (F) 47.184 (M)

COINVOLGIMENTO E RUOLO DELLA CONTROPARTE, DEI PARTNER E DI EVENTUALI ALTRI ATTORI/STAKEHOLDERS

Le autorità sanitarie di Zona, di Woreda e la direzione ospedaliera di Jinka saranno coinvolte come co-formatori nelle attività di formazione per lo staff delle Woreda e saranno parte del team di “mentoring e supervisione” delle strutture sanitarie di Zona. Le formazioni sono previste per 11 annualità in modo da considerare il turn over dello staff. Le attività previste vanno a rinforzo di competenze previste a livello nazionale e in applicazione di guidelines e piani operativi nazionali pertanto si ritiene che l’ownership dell’iniziativa sia assicurata da parte delle autorità sanitarie locali, anche in vista di una sostenibilità a conclusione di progetto.

RISULTATO

RA 2.1 Migliorata la qualità dei servizi materno, neonatali e per i bambini sotto i 5 anni erogati presso il Centro di Salute di Turmi, Hamer Woreda.

ATTIVITA' 2.1.1

Formazione dello staff del Centro di salute di Turmi:

METODOLOGIA E APPROCCIO ADOTTATI PER LA REALIZZAZIONE

Turmi HC è struttura di riferimento per le emergenze ostetriche di tipo complesso (C-EMONC) per la woreda di Hamer e le woreda limitrofe di Dasenech e Gngangatom. Per quanto riguarda il trattamento dei casi di SAM, Turmi HC ha una unità di riabilitazione nutrizionale di riferimento per la woreda intera. Il piano di sviluppo sanitario nazionale prevede che il Centro di Salute diventi a breve Ospedale e sono pertanto in atto delle opere infrastrutturali in prossimità del Centro per la costruzione ex novo dell’ospedale. Purtroppo il Centro di Salute è sotto-organico per gestire attività di fatto di dimensione “ospedaliera” (sono 30 staff sanitario) e il poco staff qualificato presente non è motivato a rimanere nell’area che rimane altamente rurale, con grosse carenze infrastrutturali e che spesso si trova a lavorare senza attività di aggiornamento, supervisione e mentoring. Ai fini di migliorare la qualità dei servizi erogati si prevedono queste azioni di capacity building dello staff sanitario:

- Valutazione (I e III anno) delle competenze dello staff sanitario specifica per ciascuna area di formazione prevista (**MDOC, ETAT, NIC e Nutrizione con ECD**): un questionario di auto-compilazione rileverà le conoscenze attitudini e pratiche dello staff da formare pre formazione e all’ultimo anno di progetto. Per la componente ECD il questionario indagherà le conoscenze dello staff sulla stimolazione

cognitiva del bambino (consulenza di CSB Onlus: personale esperto di ECD)³⁹.

– Formazione (I anno e II anno) su:

(1) gestione delle emergenze ostetriche dirette (MDOC): 10 giorni di sessione teorica come da curriculum formativo nazionale e 20 giorni di sessione pratica in affiancamento nel reparto di ostetricia. Saranno coinvolti 20 staff (10 in anno II e 10 in anno III) di cui 10 dell'Ospedale di Jinka (vede-si attività 1.1.1) e 10 di Turmi HC

(2) tecniche di gestione del neonato (NICU): 10 giorni e in una sessione pratica di 20 giorni che si svolgerà nel reparto di neonatologia. 20 staff (10 in anno II e 10 in anno III) di cui 10 dell'Ospedale di Jinka (vede-si attività 1.1.1) e 10 di Turmi HC

(3) gestione delle emergenze pediatriche (ETAT): 5 giorni di formazione teorica su modello guidelines WHO⁴⁰. 40 staff (20 in anno I e 20 in anno II) di cui 30 dell'Ospedale di Jinka (vede-si attività 1.1.1) e 10 di Turmi HC.

(4) gestione dei servizi nutrizionali inclusa componente di Early Child Development⁴¹ (ECD) strategia prevista a livello globale e in fase di adozione a livello nazionale⁴²: 6 giorni di formazione teorica. 40 staff (20 in anno I e 20 in anno II) di cui 30 dell'Ospedale di Jinka (vede-si attività 1.1.1) e 10 di Turmi HC.

Le sessioni formative sono quelle previste in attività 1.1.1 per lo staff dell'Ospedale di Jinka al quale si aggiunge lo staff del Centro di Salute di Turmi.

- Lo staff del Centro di salute di Jinka parteciperà inoltre alle formazioni previste a livello zonale sulla gestione delle emergenze ostetriche e neonatali (MDOC) la sorveglianza e auditing delle morti materne (MDSR) e servizi pediatrici (IMNCI) inclusi i servizi nutrizionali. Le sessioni formative sono quelle previste in attività 1.3.1.

Metodologia:

- L'implementazione delle attività formative sarà in capo a docenti nazionali/locali con assistenza tecnica dello staff CUAMM e alle autorità sanitarie di Zona e Woreda a loro volta formate nell'ambito dell'attività (1.3.1). Per la componente su ECD si prevede il coinvolgimento di personale tecnico esperto di ECD (CSB Onlus).
- Mentoring con approccio skills-oriented: permette di valutare continuamente i progressi dello staff, le attitudini degli stessi e individuare eventuali nuovi gap formativi.

OUTPUT

- FormatI e aggiornati 40 staff sanitari operanti nel Centro di Salute di Turmi

BENEFICIARI DIRETTI

40 staff sanitari che operano a Turmi HC beneficeranno della formazione: 31 (F) 8 (M)

1909 donne gravide che accederanno al parto assistito presso Turmi HC (sulle totali 3.787 donne che partoriranno in struttura sanitaria su tutta la Woreda) e di queste 109 donne che beneficeranno di una assistenza in caso di emergenza ostetrica diretta (MDOC) a Turmi HC.

12.867 Bambini < 5 che accedono ai servizi ambulatoriali (OPD) o alla pediatria (IP) di Turmi HC nel triennio: 6.305 (M) 6.562 (F)

91 neonati in NICU nel triennio: 45 (M) 46 (F)

262 bambini affetti da SAM trattati a Turmi HC: 129 (F) 134 (M)

157 bambini SAM che verranno stimolati con attività di tipo ECD: 80 (F) 77 (M).

BENEFICIARI INDIRETTI:

81.103 popolazione totale della woreda di Hamer che beneficerà di servizi sanitari migliorati presso il Centro di salute di riferimento: 39.740 (M) e 41.362 (F) in particolare le 2.806 donne gravide attese e i 12.660 bambini sotto i 5 anni di età: 6.203 (M) e 6.457 (F).

³⁹ Si farà riferimento ad una "best-practice" che ha adottato la stessa metodologia di rilevamento delle competenze dello staff sanitario: Melo e Lima et al., Effectiveness of an action-oriented educational intervention in ensuring long term improvement in attitude knowledge and practices of community health workers in maternal and infant health: a randomized controlled study, BMC Medical Education (2018) 18:224.

⁴⁰ WHO, Emergency triage assessment and treatment (ETAT), Geneva 2005.

⁴¹ WHO, Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential, 2018

⁴² Ministry of Education, Ministry of Health, Ministry of Women's Affairs, Early childhood care education policy and strategic framework, 2018.

COINVOLGIMENTO E RUOLO DELLA CONTROPARTE, DEI PARTNER E DI EVENTUALI ALTRI ATTORI/STAKEHOLDERS

Le autorità sanitarie di Zona, Woreda e la direzione sanitaria di Turmi HC saranno coinvolte nella definizione del questionario di rilevamento delle competenze e attitudini dello staff, del programma e materiale formativo.

Le formazioni sono state previste nel I e II anno e coinvolgono un numero di staff (40) superiore a quello attualmente in forza (30) nell'ottica di garantire qualificazione allo staff che opererà a Turmi anche nel caso di "turn-over" già previsti (area di difficile retention). Tutte le attività verranno calendarizzate annualmente con la direzione ospedaliera in modo da evitare sovrapposizioni e/o "assenze prolungate" del personale dal posto di lavoro.

RA 2.1

ATTIVITA' 2.1.2

Assistenza tecnica (on-job training e mentoring) dello staff del Centro di salute di Turmi:

METODOLOGIA E APPROCCIO ADOTTATI PER LA REALIZZAZIONE

Ai fini di migliorare la qualità dei servizi erogati si prevedono queste azioni di assistenza tecnica presso il Turmi HC. Le azioni si integrano e completano le formazioni descritte nell'attività 2.1.1.

- Assistenza tecnica da parte di due figure cliniche locali: un Surgical Officer (tecnico di chirurgia) per garantire l'erogazione dei servizi di gestione delle emergenze ostetriche 24h/24, assieme alle altre attività chirurgiche, in abbinamento con il Surgical Officer esistente; una infermiera di salute materno infantile (MCH Nurse) che curerà l'implementazione di misure di miglioramento qualitativo dei servizi pediatrici inclusa componente nutrizionali. Infine l'ostetrica senior locale (staff tecnico CUAMM di progetto) supervisionerà mensilmente Turmi HC per il miglioramento dei servizi ostetrici e supporterà l'implementazione delle outreaches (attività 2.2.1).
- Supervisione e mentoring dello staff sanitario di Turmi HC: 2 volte l'anno da parte di un team di 5 persone (1 staff di Ospedale di Jinka, 1 staff di Zona, 1 staff di Woreda e il CP CUAMM con staff CUAMM tecnico: ostetrica senior e/o pediatra) una con focus sulle emergenze ostetriche (MDOC) e al sistema di auditing delle morti materne (MDSR) e una per la componente relativa ai servizi pediatrici inclusi i servizi nutrizionali (IMNCI e Nutrizione) (congiunta in attività 1.3.2). Per la componente di ECD verranno effettuate invece 2 visite di supervisione specifica (I e III anno) da parte dello staff tecnico di CSB Onlus.

Metodologia:

L'implementazione delle attività di assistenza tecnica sarà in capo allo staff clinico locale fornito tramite il progetto, allo staff CUAMM e alle autorità sanitarie di Zona e Woreda, a loro volta formate nell'ambito dell'attività (1.3.1). Per la componente di formazione su ECD si prevede il coinvolgimento di personale tecnico esperto di ECD di CSB Onlus.

Mentoring con approccio skills-oriented: permette di valutare continuamente i progressi dello staff, le attitudini degli stessi e individuare eventuali nuovi gap formativi.

OUTPUT

Tutti i 30 staff sanitari operanti nel Centro di Salute di Turmi sono supervisionati e ricevono mentorship continuativa che migliora la qualità delle loro prestazioni e al tempo stesso aumenta la motivazione e "retention" dello staff stesso.

BENEFICIARI DIRETTI

40 staff sanitari che operano a Turmi HC che beneficeranno di TA: 31 (F) 8 (M)

1909 donne gravide che accederanno al parto assistito presso Turmi HC (sulle totali 3.787 donne che partoriranno in struttura sanitaria su tutta la Woreda) e di queste 109 donne che beneficeranno di una assistenza in caso di emergenza ostetrica diretta (MDOC) a Turmi HC.

12.867 Bambini < 5 che accedono ai servizi ambulatoriali (OPD) o alla pediatria (IP) di Turmi HC nel triennio: 6.305 (M) 6.562 (F)

91 neonati in NICU nel triennio: 45 (M) 46 (F)

262 bambini affetti da SAM trattati a Turmi HC: 129 (F) 134 (M)

157 bambini SAM che verranno stimolati con attività di tipo ECD: 80 (F) 77 (M).

BENEFICIARI INDIRETTI:

81.103 popolazione totale della woreda di Hamer che beneficerà di servizi sanitari migliorati presso il Centro di salute di riferimento: 39.740 (M) e 41.362 (F) in particolare le 2.806 donne gravide attese e i 12.660 bambini sotto i 5 anni di età: 6.203 (M) e 6.457 (F).

COINVOLGIMENTO E RUOLO DELLA CONTROPARTE, DEI PARTNER E DI EVENTUALI ALTRI ATTORI/STAKEHOLDERS

Le autorità sanitarie di Zona, Woreda e la direzione sanitaria di Turmi HC (già coinvolte nella definizione del questionario di assessment dei gap formativi) saranno coinvolte in tutte le azioni di supervisione e mentoring dello staff sanitario.

La modalità operativa di inserimento di 2 figure cliniche aggiuntive presso Turmi HC sarà definita con la direzione sanitaria di Turmi HC. La misura sarà condivisa con le autorità di Woreda e di Zona ed è da intendersi come provvisoria e volta a traghettare l'erogazione dei servizi sanitari in questa fase di passaggio per Turmi da Centro di Salute a ospedale. Al termine del triennio ci si aspetta che Turmi sia ufficialmente un ospedale e che pertanto ci sia la presa in carico da parte delle autorità nazionali dell'organico di risorse umane da garantire.

RA 2.1

ATTIVITA' 2.1.3

Supporto infrastrutturale, fornitura di equipaggiamenti e creazione di un "buffer" di farmaci e materiali per garantire l'erogazione di servizi di qualità.

METODOLOGIA E APPROCCIO ADOTTATI PER LA REALIZZAZIONE

Il Centro di salute di Turmi è struttura governativa pertanto il sistema pubblico di finanziamento dei servizi sanitari garantisce la copertura dei salari dello staff, l'approvvigionamento di farmaci attrezzature e consumabili. Il Centro dovrebbe diventare presto Ospedale a fronte dei servizi che eroga per una popolazione di riferimento ampia ma al momento rimane a tutti gli effetti un Centro di Salute. Tuttavia, a causa della scarsità di risorse disponibili e legato al fatto che la struttura eroga servizi di dimensione ospedaliera ma con una pianificazione di dimensione di "centro di Salute" la struttura si ritrova senza attrezzature essenziali e spesso in condizioni di stock-out di farmaci e materiali. Si intende dunque garantire un buffer stock di farmaci e consumabili e attrezzature di base. Il CP è responsabile dell'attività, con il supporto dell'Amministrativo di progetto. Azioni:

- Valutazione annuale dei bisogni specifici in termini di attrezzature (in particolare per pediatria e unità di riabilitazione nutrizionale) e di riabilitazioni infrastrutturali (in particolare per garantire approvvigionamento idrico e elettricità a Turmi HC in particolare per assicurare i servizi erogati in sala operatoria 24H/24).
- Valutazione trimestrale di farmaci consumabili in collaborazione con la direzione sanitaria e sulla base dei report trimestrale di attività cliniche e supervisioni da parte del CP per monitoraggio;
- Procurement di attrezzature, farmaci e consumabili e distribuzione.

Il progetto prevede inoltre di applicare alcune misure previste nel Nurturing Care Framework (NCF) del WHO⁴³ e recepite a livello nazionale⁴⁴ presso l'unità di riabilitazione nutrizionale di Turmi HC. Si intende dunque realizzare queste azioni infrastrutturali e di fornitura materiali:

- Piccole riabilitazioni per creare un "ECD corner" presso l'unità di riabilitazione nutrizionale (rimozione di pareti, apertura porta, posatura piastrelle). Realizzazione murali su pareti della struttura che illustrino buone pratiche di prevenzione, cura, ECD (Sezione comunicazione 10.1b)
- Fornitura di materiali di stimolazione dei bambini: creazione di giochi e strumenti didattici e sonori, fatti con materiale disponibile localmente, replicabili a livello di household. (Sezione comunicazione 10.1e)

Metodologia:

- Need Assessment (annuale) per le attrezzature e trimestrale (I, II e III anno) per farmaci e consumabili (team di progetto e team ospedalieri)
- Monitoraggio stoccaggio e gestione farmaci/consumabili continui attraverso la supervisione e assistenza tecnica (attività 2.1.1)

⁴³ World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

⁴⁴ Ministry of Education, Ministry of Health, Ministry of Women's Affairs, Early childhood care education policy and strategic framework, 2018

OUTPUT

- Garantito spazio e attrezzatura adeguate per l'avvio di attività di tipo ECD presso Turmi HC
- Garantita erogazione continua di servizi materno-neonatali e infantili presso la struttura.
- Rafforzato il sistema di raccolta dati e pianificazione delle attività sanitarie.

BENEFICIARI DIRETTI

1909 donne gravide che accederanno al parto assistito presso Turmi HC (sulle totali 3.787 donne che partoriranno in struttura sanitaria su tutta la Woreda) e di queste 109 donne che beneficeranno di una assistenza in caso di emergenza ostetrica diretta (MDOC) a Turmi HC.

12.867 Bambini < 5 che accedono ai servizi ambulatoriali (OPD) o alla pediatria (IP) di Turmi HC nel triennio: 6.305 (M) 6.562 (F)

91 neonati in NICU nel triennio: 45 (M) 46 (F)

262 bambini affetti da SAM trattati a Turmi HC: 129 (F) 134 (M)

157 bambini SAM che verranno stimolati con attività di tipo ECD: 80 (F) 77 (M).

BENEFICIARI INDIRETTI:

81.103 popolazione totale della woreda di Hamer che beneficerà di servizi sanitari migliorati presso il Centro di salute di riferimento: 39.740 (M) e 41.362 (F) in particolare le 2.806 donne gravide attese e i 12.660 bambini sotto i 5 anni di età: 6.203 (M) e 6.457 (F).

Infine si stima che saranno 421 le donne in situazione di emergenza ostetrica diretta totali dell'area di riferimento dell'ospedale che beneficeranno della disponibilità di un servizio adeguato di riferimento per le emergenze ostetriche.

COINVOLGIMENTO E RUOLO DELLA CONTROPARTE, DEI PARTNER E DI EVENTUALI ALTRI ATTORI/STAKEHOLDERS

La direzione sanitaria di Turmi HC e le autorità sanitarie di Woreda saranno coinvolte nella valutazione iniziale dei bisogni in termini di attrezzature e materiali in modo da verificare se sono previste azioni di mitigazione degli stessi nell'ambito della pianificazione di Woreda o meno. La direzione sanitaria di Turmi HC collaborerà nella valutazione trimestrale dei gaps di farmaci e materiali di consumo sulla base dei dati di attività sanitarie. Questo meccanismo rafforzerà il sistema di raccolta dati e la pianificazione dei bisogni. Come suddetto il centro di salute di Turmi dovrebbe presto diventare ospedale, il supporto a fornitura di materiali attrezzature e farmaci è volto a traghettare l'erogazione dei servizi sanitari in questa fase di passaggio. Al termine del triennio ci si aspetta che Turmi sia ufficialmente un ospedale e che pertanto ci sia la presa in carico da parte delle autorità nazionali delle risorse da garantire.

RISULTATO

RA 2.2 Aumentato l'accesso a servizi materno, neonatali e per i bambini sotto i 5 anni, inclusi i servizi nutrizionali presso una Woreda modello: Hamer.

ATTIVITA' 2.2.1

Supporto ad attività di tipo "outreaches" nel territorio a partire dal Centro di Salute di Turmi

METODOLOGIA E APPROCCIO ADOTTATI PER LA REALIZZAZIONE

L'accesso ai servizi sanitari presso Hamer woreda è ridotto. Nonostante CUAMM abbia implementato un progetto di supporto finanziato AICS nell'area (AID 10568/CUAMM/ETH) di durata triennale le coperture dei servizi sanitari sono molto basse (vari sono i motivi tra cui la difficoltà di promuovere un "behavioural change" a livello di comunità pastorali semi-nomadiche, l'elevato turn-over a livello di autorità sanitarie di Woreda, la scarsità di staff sanitario qualificato in particolare a Turmi HC e quindi la scarsa qualità percepita ecc...): i parti istituzionali sono passati da 30 al 32 % da 2016 al 2018 e l'accesso annuo ai servizi ambulatoriali per i bambini < 5 anni si è addirittura ridotto da 0.3 a 0.2 (visite/anno/bambino < 5 anni).

Il sistema di "outreaches" consente di portare servizi sanitari prevalentemente ambulatoriali (prestazioni relative alle donne gravide: visite pre-natali, ecografie, post-natali, screening peso gravide; prestazioni relative ai bambini: monitoraggio del peso dei bambini, screening malnutrizione, IMNCI, vaccinazione ecc.) nel territorio, in appoggio ai Posti di salute o in aree nelle quali risiede popolazione non servita da centri sanitari (posti di salute) per migliorare quindi l'accesso ai servizi preventivi e curativi e per promuovere il riferimento al Centro di Salute di Turmi.

Nell'ambito del progetto precedente (AID 10568/CUAMM/ETH) la metodologia di supporto alle attività di tipo outreaches oltre ad essere ben apprezzata dalle autorità sanitarie di Woreda, ha contribuito all'ottenimento dei buoni risultati in particolare a Dasenech (parti istituzionali aumentati dal 51% al 71% dal 2016 al 2018 e

accesso annuo ai servizi ambulatoriali per i bambini < 5 anni (n visite/persona/anno) da 0.4 a 0.6). Pertanto si intende dare continuità alle outreaches rafforzando la componente di screening sulla nutrizione e abbinando attività di formazione/educazione/sensibilizzazione alle donne che vi accedono durante l'attesa. Si prevede inoltre di effettuare screening ecografico (con ecografo portatile) per sensibilizzare la mamma sul feto che si sta formando per promuovere una buona salute gestazionale.

Si prevedono pertanto queste azioni:

- Implementazione di 10 giorni/mese di outreaches nel territorio a partire dal Centro di Salute di Turmi per 9 mesi/l'anno. Le outreaches verranno implementate dallo staff di Turmi HC (3 persone) l'ostetrica senior CUAMM di progetto, 2 HEWs e 2 leaders comunitari delle Health Development Army per promuovere il coinvolgimento comunitario delle donne.
- Corso di aggiornamento (anno I e II) (Integrated Refresh Training) per 40 HEWs della woreda di Hamer (20 il I e 20 il II anno) che supporteranno le attività cliniche previste nelle outreaches e l'attività di educazione/sensibilizzazione e promozione di buone pratiche a livello comunitario
- Fornitura di materiale di tipo IEC (brochure, volantino, tessere PLA) per la sessione di educazione delle donne e veicolante messaggi di buone pratiche sanitarie (vedesi sezione 10.1c)

Durante le attività di educazione/sensibilizzazione potranno essere utilizzate tessere illustrate e brevi video clip che mostrino buone pratiche di prevenzione, cura, ECD (vedesi sezione 10.1c,d)

Metodologia:

Formazione teorico-pratica e capacity building degli HEWs

Promozione di un approccio *patients-women/newborn-oriented* per migliorare la qualità dei servizi percepita dai beneficiari, in un contesto ove norme tradizionali/culturali sono assolutamente favorevoli al parto domestico e sottovalutano la cura del neonato e del bambino.

OUTPUT

- Garantite 540 sessioni di outreaches nel triennio: 20 al mese/ 9 mesi/ 3 anni
- Formatati 40 HEWs che operano nel territorio di Woreda.

BENEFICIARI DIRETTI

40 HEWs formati

Circa 8.100 donne e 16.200 bambini <5 parteciperanno alle sessioni di outreaches nel triennio (15 donne e 30 bambini < 5 per outreach).

10.564 donne gravide che effettueranno visite pre natali, 3.787 donne gravide che accederanno al parto assistito, 6.478 donne che accederanno a servizi di visita post natale presso le strutture sanitarie di Hamer Woreda nel triennio.

12.675 bambini < 5 ,6464 (F) e 6210 (M), che accederanno ai servizi ambulatoriali, 6.290 bambini < 1 anno, 3207 (F) 3082 (M), che effettuano vaccinazione completa e 24.695 bambini < 5, 12.595 (F) 12.100 (M), ai quali viene effettuato monitoraggio del peso corporeo (screening per nutrizione) nelle strutture di Hamer woreda nel triennio.

BENEFICIARI INDIRETTI:

81.103 popolazione totale della woreda di Hamer che beneficerà di maggior accesso ai servizi sanitari: 39.740 (M) e 41.362 (F) in particolare le 2.806 donne gravide attese/l'anno e i 12.660 bambini sotto i 5 anni di età: 6.203 (M) e 6.457 (F) stimati annui.

COINVOLGIMENTO E RUOLO DELLA CONTROPARTE, DEI PARTNER E DI EVENTUALI ALTRI ATTORI/STAKEHOLDERS

La direzione sanitaria di Turmi HC e le autorità sanitarie di Woreda saranno coinvolte nella definizione delle modalità operative e calendario delle outreaches. La direzione di Turmi HC collaborerà fattivamente attraverso l'invio del proprio staff sanitario (3) nell'ottica di aumentare i servizi preventivi e curativi territoriali e eventualmente riferire i casi gravi e urgenti a Turmi HC. Questa metodologia, che a Dasenech Woreda ha dimostrato di contribuire all'aumento delle coperture di servizi sanitari alla popolazione, se considerata efficace da parte delle autorità sanitarie di Woreda e della direzione di Turmi HC potrebbe essere fatta propria dalle autorità stesse che le inseriranno nella pianificazione sanitaria di woreda annuale per una sostenibilità a conclusione di progetto.

RA 2.2

ATTIVITA' 2.2.2

Meccanismi di supporto all'accesso alle Case d'Attesa e all'unità di riabilitazione nutrizionale di Hamer Woreda.

METODOLOGIA E APPROCCIO ADOTTATI PER LA REALIZZAZIONE

L'accesso ai servizi sanitari presso Hamer woreda è ridotto. Nonostante CUAMM abbia implementato un progetto di supporto finanziato AICS nell'area (AID 10568/CUAMM/ETH) di durata triennale le coperture dei servizi sanitari sono molto basse (a livello di sistema sanitario sud sudanese): i parti istituzionali sono passati da 30 al 32 % da 2016 al 2018 e l'accesso annuo ai servizi ambulatoriali per i bambini < 5 anni si è addirittura ridotto da 0.5 a 0.4 (visite/anno/bambino < 5 anno).

Nonostante questi dati l'accesso alle case d'attesa implementate nell'ambito del progetto precedente AID 10568/CUAMM/ETH è aumentato (da 12% a 19% dal 2016 al 2018) e sembra quindi offrire una chiave d'accesso importante per la popolazione, in particolare per le donne gravide. Si intende quindi dare continuità al supporto alle Case d'attesa e implementare questi meccanismi di supporto all'accesso alle case d'attesa:

Azioni previste

- Supervisione (da effettuare congiuntamente alle attività di supervisione nel territorio 2.3.2 con le autorità sanitarie di Woreda) e raccolta e revisione dei dati relativi agli accessi da parte delle donne alle case d'attesa (la revisione sarà effettuata nell'ambito dei comitati di revisione semestrale di woreda attività 2.3.2).
- Supporto alle "Case d'Attesa" in termini di fornitura di cibo per le gravide che vi accedono
- Fornitura di un "baby kit" (sapone, telo per copertura dei bambini) per il nascituro delle donne che accedono alle case d'attesa.
- Realizzazione di murali per le "Case d'Attesa" che illustrino buone pratiche igienico-sanitarie e di nutrizione, come contrastare sintomi di malessere del bambino e malnutrizione (vedesi 10.1b)

Per quanto riguarda invece i servizi nutrizionali come suddetto la % di casi SAM riferiti e trattati all'unità di riabilitazione nutrizionale di Turmi HC è molto ridotta (43 casi ovvero solo il 30% dei SAM attesi nell'area di Hamer Woreda). Presso l'unità di riabilitazione nutrizionale i dati dei registri riportano un mancato follow up dei casi (88.5% dei casi risulta riferito dall'unità nutrizionale agli OTP periferici) che fa evincere un tasso di abbandono elevato da parte dei pazienti SAM e loro "care-givers" alla struttura.

Si intende pertanto:

- fornire cereali e materiali di base per la preparazione dei cibi alle "child- caregiver" dei bambini ricoverati presso l'unità di riabilitazione nutrizionale.

Metodologia:

Promozione di un approccio *patients-women/newborn-child- oriented* per migliorare l'accesso ai servizi sanitari in un contesto ove norme tradizionali/culturali sono assolutamente favorevoli al parto domestico e scoraggiano il riferimento alle strutture sanitarie per la gestione di neonati e bambini e in generale sottovalutano l'importanza di una cura attenta rivolta al neonato e al bambino.

OUTPUT

- Favorito accesso da parte delle donne gravide (in particolare quelle con segnali di rischio) alle 3 case d'attesa di Hamer Woreda
- Favorito accesso e ridotto abbandono da parte dei 262 pazienti SAM che ci si aspetta verranno riferiti e trattati presso unità di riabilitazione nutrizionale di Turmi HC.

BENEFICIARI DIRETTI

2100 donne (pari al 25% delle donne gravide attese) che utilizzeranno le 3 case d'attesa di Hamer Woreda nel triennio (circa 20 donne al mese per casa d'attesa)

Circa 262 bambini < 5 SAM che saranno riferiti e trattati presso Turmi HC: 129 (M) 134 (F).

40 HEWs formati

3.787 donne gravide che accederanno al parto assistito presso le strutture sanitarie di Hamer Woreda nel triennio.

BENEFICIARI INDIRETTI:

81.103 popolazione totale della woreda di Hamer che beneficerà delle strategie di aumento dell'accesso ai servizi in particolare per il parto e per la lotta alla malnutrizione: 39.740 (M) e 41.362 (F) in particolare le 2.806

donne gravide attese e i 12.660 bambini sotto i 5 anni di età: 6.203 (M) e 6.457 (F).

COINVOLGIMENTO E RUOLO DELLA CONTROPARTE, DEI PARTNER E DI EVENTUALI ALTRI ATTORI/STAKEHOLDERS

La direzione sanitaria di Turmi HC e le autorità sanitarie di Woreda saranno coinvolte nell'implementazione delle attività e in particolare:

- Le autorità sanitarie di Woreda (e di Zona) collaboreranno alla revisione dei dati relativi agli accessi nell'ambito dei comitati di revisione semestrale delle attività di progetto.
- Le autorità sanitarie di Woreda e di Turmi HC parteciperanno alle supervisioni delle case di attesa.
- La direzione sanitaria di Turmi HC condividerà la metodologia di promozione degli accessi presso l'unità di riabilitazione nutrizionale e ne monitorerà l'implementazione.

Queste strategie volte alla promozione dell'accesso da parte della popolazione, se considerate efficaci da parte delle autorità sanitarie di Woreda e della direzione di Turmi HC potrebbero essere fatte proprie dalle autorità stesse per una sostenibilità a conclusione di progetto anche attraverso il coinvolgimento di altri stakeholders oltre al CUAMM.

RA 2.2

ATTIVITA' 2.2.3

Supporto/implementazione di un sistema di riferimento in ambulanza dai posti di salute e comunità di woreda a Turmi HC.

METODOLOGIA E APPROCCIO ADOTTATI PER LA REALIZZAZIONE

L'accesso a Turmi HC, in particolare per le emergenze sia ostetriche sia pediatriche e legate alla malnutrizione, è al momento molto ridotto rispetto ai bisogni identificati nell'area. Considerando solo la popolazione di Hamer woreda si stima che solamente il 5% delle complicanze ostetriche maggiori di tipo diretto (MDOC) siano riferite e assistite presso Turmi HC. Turmi HC è al momento unica struttura sanitaria in grado di gestire le emergenze ostetriche dirette di tipo complesso (C-EMONC) non solo per la woreda di Hamer ma anche per la popolazione delle woreda di Dasenech e parte della woreda di Gngatom quindi trattare solamente 21 MDOC/Anno (baseline) è indicatore di gravissimi problemi di accesso da parte della popolazione. Per quanto riguarda i casi di malnutrizione presso l'unità di riabilitazione nutrizionale di Turmi HC dovrebbero essere trattati tutti i pazienti affetti da SAM (1.7% dei bambini sotto i 5 anni che si stimano pesare < 3 SD weight for height) dell'area di Hamer Woreda. Al momento solo il 30% dei casi previsti di SAM vengono riferiti e trattati (43 casi/anno).

Ad oggi presso Turmi HC esiste un servizio di riferimento con ambulanza dei casi di emergenza e, sui 266 viaggi dell'ambulanza l'anno, sono circa 78 (30%) riferimenti di "emergenza" registrati. Il servizio purtroppo non è disponibile 24h/24 (per indisponibilità dei mezzi e dello staff adeguato) e il registro dei riferimenti seppur introdotto va rafforzato e monitorato.

Pertanto si intende rafforzare un sistema di riferimento in ambulanza al Centro di Salute di Turmi (che diventerà Ospedale) implementando le linee guida per il riferimento nazionali del EFMOH⁴⁵.

Il CP è responsabile dell'attività, supportato da Assistente di Progetto locale e in collaborazione con le autorità sanitarie di Woreda e la direzione sanitaria di Turmi HC.

Azioni:

- Individuazione dei referenti presso Turmi HC per la gestione e il follow up dei riferimenti
- Revisione dei protocolli di riferimento in ambulanza a Turmi HC (ostetrici e pediatrici e legati ai servizi nutrizionali) (in collaborazione con le autorità di Woreda e la direzione sanitaria di Turmi HC) e trasmissione degli stessi ai posti di salute periferici.
- Corso di formazione (2 giorni – I e II anno) allo staff di gestione dell'ambulanza per divulgare il protocollo, gli accordi operative di gestione, i registri da compilare, il format da compilare per il "follow-up" dei casi riferiti: 3 staff formato per 2 anni (totale 6 staff).
- Elaborazione accordi operativi del protocollo di gestione fondi a supporto delle ambulanze: rimborsi erogati su base trimestrale a fronte dei dati dei riferimenti per aumentare l'accesso ai servizi sanitari
- Monitoraggio del registro.
- Sostegno ai costi di funzionamento dell'ambulanza di Turmi (carburante, per diem autisti, costi di telefonia) per garantirne la funzionalità 24/24 ore

⁴⁵ EFMOH Guidelines on Referral and Ambulance Management.

Metodologia: - Definizione condivisa e partecipata dei Protocolli di Riferimento, delle modalità di gestione e follow-up - Rimborso su base trimestrale e su presentazione dati di attività dei riferimento effettuati via ambulanza a Turmi HC.
OUTPUT Rafforzato il sistema di riferimento delle emergenze dalla popolazione di Woreda a Turmi HC.
BENEFICIARI DIRETTI 260 donne gravide e 176 bambini critici, 90 F 86 (M) beneficeranno un trasferimento di emergenza in ambulanza nel triennio. Il numero di gravide che si prevede di trasferire per emergenza è maggiore al numero di donne in emergenza ostetrica che si stimano trattare perché lo screening delle emergenze ostetriche non sarà accurato soprattutto all’inizio del progetto. Si stima di aumentare il numero dei riferimenti in ambulanza del 40% l’anno (da 78 a 214) per arrivare ad un totale di 476. BENEFICIARI INDIRETTI Circa 109 donne gravide che si stimano nel triennio saranno riferite per emergenza ostetrica di tipo diretto (MDOC) a Turmi HC e che beneficeranno di un sistema rafforzato di riferimento in ambulanza. Circa 262 bambini < 5 gravi (sia affetti da SAM complicata che da altre patologie) che beneficeranno di un sistema rafforzato di riferimento in ambulanza: 129 (M) 134 (F).
COINVOLGIMENTO E RUOLO DELLA CONTROPARTE, DEI PARTNER E DI EVENTUALI ALTRI ATTORI/STAKEHOLDERS Le autorità sanitarie di Hamer Woreda e della direzione sanitaria di Turmi HC saranno coinvolte in tutte le azioni: - Individuazione dei referenti presso Turmi HC per la gestione e il follow up dei riferimenti - Revisione dei protocolli di riferimento (ostetrici e pediatrici e legati ai servizi nutrizionali) - Elaborazione accordi operativi di gestione dei fondi a supporto dell’ambulanza - Monitoraggio dei registri Questo permetterà di rafforzare l’ownership da parte delle autorità sanitarie e di prevederne la continuità tramite l’inserimento delle stesse attività di supporto all’ambulanza di Turmi HC nel piano sanitario di Zona e Woreda. Inoltre, al termine del triennio ci si aspetta che Turmi sia ufficialmente nominato “ospedale” e che pertanto ci sia la presa in carico da parte delle autorità nazionali e di Zona e Woreda dei costi di gestione dell’ambulanza.
RISULTATO RA 2.3 Autorità sanitarie di Woreda migliorano le loro capacità di pianificare, gestire e monitorare i servizi sanitari per la popolazione della Woreda, incluso il sistema di riferimento.
ATTIVITA' 2.3.1 <u>Assistenza tecnica alle autorità di Woreda e creazione di meccanismi di “endorsement” locale all’iniziativa.</u>
METODOLOGIA E APPROCCIO ADOTTATI PER LA REALIZZAZIONE Alle autorità di Woreda è demandata l’implementazione delle attività sanitarie, secondo la logica del decentramento amm.vo⁴⁶. Il CP CUAMM assieme all’Assistente di Progetto CUAMM (che ha il compito specifico di raccogliere e monitorare i dati sanitari) saranno i promotori di “capacity building” delle autorità di Woreda volte a migliorare accesso e qualità dei servizi Materno-neonatali e pediatrici presso la Woreda “modello” di Hamer che verrà quindi proposta come “best – practice” a livello Zonale nell’ambito di attività di assistenza tecnica zonale (attività 1.3.1) Azioni: - Attività di lancio iniziale del progetto (condivisione obiettivi e strategie) e workshop finale di condivisione dei risultati dello stesso che coinvolgerà in modo particolare i referenti sanitari della woreda di Hamer (vedesi attività 1.3.1) - Formazione (I e II anno) di autorità sanitarie di Hamer Woreda (2 referenti di salute materno, neonatale e infantile) su sistema di raccolta dati (in particolare emergenze ostetriche di tipo diretto MDOC); su

⁴⁶ FMOH, Ethiopia Health Sector Transformation Plan (EHSTP 2015/16- 2019/20).

creazione dei comitati di sorveglianza e auditing delle morti materne MDSR secondo linee-guida nazionali⁴⁷ e sul protocollo dei riferimenti di emergenza in ambulanza all'Ospedale di Jinka (vedesi attività 1.3.1).

- Creazione di un comitato di revisione semestrale (13 partecipanti: 5 staff di Turmi HC, 4 staff di Woreda, 4 staff Zonali) con il CP CUAMM e Assistente di Progetto CUAMM di monitoraggio sulle azioni del miglioramento qualitativo adottate presso la Woreda di Hamer: 2 volte l'anno (2 gg).
- Assistenza tecnica continuativa da parte di CUAMM CP e Assistente di Progetto CUAMM alle autorità sanitarie di Woreda per la definizione dei piani sanitari, monitoraggio dati in particolare sulle MDOC e sui riferimenti d'emergenza.
- Fornitura di attrezzature e di un "buffer" stock di attrezzature, farmaci e materiali a livello di woreda volto a dare continuità alle attività sanitarie anche durante fenomeni di "out of stock". Il miglioramento del sistema di raccolta dati (che verrà anche usato come presupposto per la fornitura di eventuali farmaci e materiali carenti) dovrebbe a sua volta migliorare anche la gestione del magazzino farmaci evitando così i fenomeni di "out of stock".

Metodologia:

- Evidence based decision-making: il supporto alle autorità sanitarie di Woreda sarà supportato dai risultati delle buone prassi implementate nell'ambito del progetto, raccolti e valutati dallo stesso team di gestione Zonale e di Turmi HC (con staff CUAMM) di progetto
- Country ownership, leadership, accountability: si intende capacitare le autorità sanitarie zonali e di woreda (e la direzione dell'Ospedale) attraverso supporto tecnico continuativo e le formazioni specifiche.

OUTPUT

- Rafforzato il sistema di monitoraggio delle emergenze ostetriche di tipo diretto (MDOC) e il sistema di sorveglianza e auditing delle morti materne (MDSR) a livello Zonale.
- Adottato il protocollo di riferimento in ambulanza dei casi di emergenza (ostetrica e pediatrica) a livello zonale.
- Autorità sanitarie di Zona e di Woreda, monitorano e adottano misure di miglioramento qualitativo sperimentate a Jinka Hospital.
- Rafforzato il sistema di raccolta dati sanitari e, di conseguenza migliorata la pianificazione dei servizi materno-neonatali e pediatrici (incluso approvvigionamento farmaci e materiali).

BENEFICIARI DIRETTI

Circa 10 partecipanti di Hamer Woreda al lancio iniziale e al workshop di chiusura del progetto 6 (F) 4 (M) 2 autorità locali (M) di Hamer Woreda beneficeranno della formazione su monitoraggio MDOC, MDSR e protocollo dei riferimenti.

4 autorità locali di Woreda che beneficeranno di assistenza tecnica e della possibilità di monitorare (partecipazione al comitato di revisione semestrale) e adottare misure di miglioramento qualitativo dei servizi materno-neonatali e pediatrici: 3(F) e 1 (M)

BENEFICIARI INDIRETTI:

81.103 popolazione totale della woreda di Hamer che beneficerà di servizi sanitari migliorati: 39.740 (M) e 41.362 (F) in particolare le 2.806 donne gravide attese e i 12.660 bambini sotto i 5 anni di età: 6.203 (M) e 6.457 (F).

COINVOLGIMENTO E RUOLO DELLA CONTROPARTE, DEI PARTNER E DI EVENTUALI ALTRI ATTORI/STAKEHOLDERS

Le autorità sanitarie di Woreda saranno coinvolte in tutte le azioni suddette allo scopo di rafforzare l'ownership da parte delle autorità all'iniziativa e quindi prevederne eventuali ricadute (scale up di best practices), replicabilità e coperture dei costi anche al termine del progetto. Le attività previste sono tutte di rafforzamento di competenze previste a livello nazionale e di rinforzo all'applicazione di guidelines e piani operativi nazionali.

RA 2.3

⁴⁷ National Technical Guidance for Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response, Ethiopian Public Health Institute, July 2017; MPDSR Guidance, Workbook and Answerbook November 2017

ATTIVITA' 2.3.2

Supporto al sistema di supervisione alle strutture sanitarie di Woreda, fornitura di attrezzature e creazione di un "buffer" di farmaci e materiali per garantire erogazione costante delle attività.

METODOLOGIA E APPROCCIO ADOTTATI PER LA REALIZZAZIONE

Le strutture sanitarie del territorio di Hamer Woreda (3 Centri di salute, 30 Posti di salute) sono strutture governative pertanto il sistema pubblico di finanziamento dei servizi sanitari dovrebbe garantire la copertura dei salari dello staff, l'approvvigionamento di farmaci attrezzature e consumabili. Le strutture stesse dovrebbero essere regolarmente supervisionate da parte delle autorità sanitarie di woreda per il monitoraggio, identificazione di eventuali gaps, revisione dei dati di attività e supporto alla pianificazione delle attività sanitarie.

Tuttavia, a causa della scarsità di risorse disponibili (e dei gap nella capacità di pianificazione) le strutture sanitarie periferiche non vengono regolarmente supervisionate e si ritrovano spesso in condizioni di carenza di attrezzature e in stock-out di farmaci e materiali.

Si intende dunque supportare le autorità sanitarie di woreda nell'implementazione del loro ruolo di supervisione e supporto alle attività erogate a livello periferico.

Azioni:

- Supervisioni congiunte a livello di 30 Posti di Salute periferici (2 volte/anno per 15 giorni) da parte di un team di Woreda (2 persone) e da parte del personale tecnico CUAMM (ostetrica senior) e dell'Assistente di Progetto CUAMM (responsabile di raccolta dati e assistenza tecnica alle autorità sanitarie). Durante le visite di supervisione (con check list appropriata) saranno controllati i registri di attività delle strutture, l'erogazione dei servizi in corso, lo stock di farmaci e materiali disponibili e di staff presente. Verranno quindi rilevati gaps verso i quali riportare alle autorità sanitarie di Woreda per proporre azioni di miglioramento e risposta.
- Valutazione iniziale (annuale) dei bisogni specifici in termini di attrezzature (in particolare per pediatria e unità di riabilitazione nutrizionale) e fornitura.
- Valutazione trimestrale di farmaci consumabili in collaborazione con le autorità sanitarie di woreda e sulla base dei report trimestrale di attività cliniche e delle osservazioni nell'ambito delle supervisioni di cui sopra;
- Procurement di farmaci e consumabili e distribuzione: il CP CUAMM sarà responsabile di questa azione, con il supporto dell'Amministrativo di progetto.

Metodologia:

- Need Assessment trimestrale per farmaci e consumabili (team di progetto e team di woreda)
- Monitoraggio stoccaggio e gestione farmaci/consumabili durante supervisioni di progetto

OUTPUT

- Rafforzata la capacità delle autorità sanitarie di woreda di supervisionare, monitorare, rafforzare il sistema di raccolta dati e la pianificazione delle attività sanitarie nel territorio di woreda.
- Garantita erogazione continua di servizi sanitari presso i centri di salute periferici di Hamer woreda.

BENEFICIARI DIRETTI

30 staff sanitario e comunitario di Woreda (che opera presso gli Health Posts) beneficerà delle attività di supervisione e di condizioni migliorate di lavoro per l'erogazione delle attività sanitarie a livello di Woreda:20 (F) 10(M).

10.564 donne gravide che effettueranno visite pre natali, 3.787 donne gravide che accederanno al parto assistito, 6.478 donne che accederanno a servizi di visita post natale presso le strutture sanitarie di Hamer Woreda nel triennio.

12.675 bambini < 5 ,6464 (F) e 6210 (M), che accederanno ai servizi ambulatoriali, 6.290 bambini < 1 anno, 3207 (F) 3082 (M), che effettuano vaccinazione completa e 24.695 bambini < 5, 12.595 (F) 12.100 (M), ai quali viene effettuato monitoraggio del peso corporeo (screening per nutrizione) nelle strutture di Hamer woreda nel triennio

BENEFICIARI INDIRETTI:

81.103 popolazione totale della woreda di Hamer (al III anno) che beneficerà di servizi sanitari migliorati presso il Centro di salute di riferimento: 39.740 (M) e 41.362 (F)

COINVOLGIMENTO E RUOLO DELLA CONTROPARTE, DEI PARTNER E DI EVENTUALI ALTRI ATTORI/STAKEHOLDERS

Le autorità sanitarie di Woreda saranno coinvolte in tutte le attività previste: supervisione, valutazione iniziale dei bisogni in termini di attrezzature, la valutazione trimestrale dei gaps di farmaci e materiali sulla base della revisione congiunta dei dati di attività erogata. Le visite di supervisione alle strutture e il miglioramento del sistema di raccolta dati (che sarà usato come presupposto per la fornitura di eventuali farmaci e materiali carenti) dovrebbero a loro volta migliorare anche la pianificazione delle attività sanitarie da erogare e quindi anche le necessità in termini di materiali e farmaci evitando così i fenomeni di “out of stock” in vista di una sostenibilità a conclusione di progetto.

:

BENEFICIARI DIRETTI distribuiti per fasce di età	% DONNE	% UOMINI	CRITERI e FONTI
Fascia d'età < 1 mese di vita: neonati ricoverati presso NICU di Jinka Hospital: 1708	51%	49%	Sulla base dei ricoveri attuali in neonatologia a Jinka (fonte: dati Jinka Hospital EFY 2011: 2017/18) si è stimato un aumento del 10% annuo. La ripartizione % di M/F proviene da: Ethiopian Demographic Health Survey 2016.
Fascia d'età < 1 mese di vita: neonati ricoverati presso NICU di Turmi HC: 91	51%	49%	Sulla base dei ricoveri attuali in neonatologia a Turmi HC (fonte: dati Turmi HC EFY 2011: 2017/18) si è stimato un aumento del 10% annuo. La ripartizione % di M/F proviene da: Ethiopian Demographic Health Survey 2016.
Fascia d'età < 1 anno di vita: bambini che effettueranno la vaccinazione vaccinale completa presso le strutture sanitarie di Hamer Woreda: 6.290	51%	49%	Sulla base dei dati sanitari di woreda di Hamer (dati statistici di Woreda EFY 2011 e dati di progetto AICS AID 10568/CUAMM/ETH) si è stimato un aumento del 20% annuo. La ripartizione % di M/F proviene da: Ethiopian Demographic Health Survey 2016.
Fascia d'età < 5 anni di vita: casi pediatrici e ambulatoriali assistiti a Jinka Hospital: 65.136	51%	49%	Sulla base dei ricoveri attuali in neonatologia a Jinka (fonte: dati Jinka Hospital EFY 2011: 2017/18) si è stimato un aumento del 20% annuo. La ripartizione % di M/F proviene da: Ethiopian Demographic Health Survey 2016.
Fascia d'età < 5 anni di vita: casi pediatrici ambulatoriali assistiti presso le strutture sanitarie di Hamer Woreda: 12.675	51%	49%	Sulla base dei dati sanitari di woreda di Hamer (dati statistici di Woreda EFY 2011 e dati di progetto AICS AID

			10568/CUAMM/ETH) si è stimato un aumento del 15% annuo. La ripartizione % di M/F proviene da: Ethiopian Demographic Health Survey 2016.
Fascia d'età < 5 anni di vita: bambini affetti da SAM assistiti a Jinka Hospital: 679.	51%	49%	Sulla base delle attività di gestione dei pazienti SAM a Jinka (fonte: dati Jinka Hospital EFY 2011: 2017/18) si è stimato un aumento del 30% annuo facendo riferimento al fatto che Jinka Hospital HC EFY 2011)La ripartizione % di M/F proviene da: Ethiopian Demographic Health Survey 2016.
Fascia d'età < 5 anni di vita: bambini affetti da SAM assistiti a Turmi HC: 262	51%	49%	Sulla base delle attività di gestione dei pazienti SAM a Turmi HC (fonte: dati Turmi HC EFY 2011: 2017/18) si è stimato un aumento del 30% annuo facendo riferimento al fatto che l'incremento annuale registrato ad oggi è del 15%.(fonte: dati Turmi HC EFY 2011)La ripartizione % di M/F proviene da: Ethiopian Demographic Health Survey 2016.
Fascia d'età < 5 anni di vita: bambini affetti da SAM che verranno stimolati con ECD a Jinka Hospital: 407	51%	49%	Si sono stimati il 60% dei bambini che nel triennio verranno ricoverati presso l'unità di riabilitazione nutrizionale di Jinka Hospital La ripartizione % di M/F proviene da: Ethiopian Demographic Health Survey 2016.
Fascia d'età < 5 anni di vita: bambini affetti da SAM che verranno stimolati con ECD a Turmi HC: 157	51%	49%	Si sono stimati il 60% dei bambini che nel triennio verranno ricoverati presso l'unità di riabilitazione nutrizionale di Turmi HC. La ripartizione % di M/F proviene da: Ethiopian Demographic Health Survey 2016.
Fascia d'età < 5 anni di vita: bambini in condizioni gravi che beneficiano del sistema di riferimento in ambulanza a Jinka Hospital: 306.	51%	49%	Si è stimato un aumento del 20% rispetto agli attuali numeri dei riferimenti di < 5 in ambulanza a Jinka Hospital La ripartizione % di M/F proviene da: Ethiopian Demographic Health Survey

			2016.
Fascia d'età < 5 anni di vita: bambini in condizioni gravi che beneficiano del sistema di riferimento in ambulanza a Turmi HC: 176	51%	49%	Si è stimato un aumento del 40% di aumento totale dei riferimenti in ambulanza a Turmi HC. (maggiore rispetto a sopra perché intervento più capillare a livello di Woreda) La ripartizione % di M/F proviene da: Ethiopian Demographic Health Survey 2016.
Fascia d'età < 5 anni di vita: bambini che accedono a sessioni di outreaches presso Jinka Town: 3.240	51%	49%	Si sono stimati circa 10 bambini < 5 anni per outreach. La ripartizione % di M/F proviene da: Ethiopian Demographic Health Survey 2016.
Fascia d'età < 5 anni di vita: bambini che accedono a sessioni di outreaches presso Hamer woreda: 16.200	51%	49%	Si sono stimate circa 30 bambini < 5 anni per outreach. La ripartizione % di M/F proviene da: Ethiopian Demographic Health Survey 2016.
Fascia d'età < 15 anni di vita: popolazione raggiunta con attività di sensibilizzazione comunitaria (CIAI) : 2.350	51%	49%	Con gli eventi di sensibilizzazione (8 + 3 campagne) si stima di raggiungere un totale di 5.000 persone. In base alla distribuzione della popolazione da Ethiopian Demographic Health Survey 2016 il 47% della popolazione è < 15. La ripartizione % di M/F proviene da: Ethiopian Demographic Health Survey 2016.
Fascia d'età > 15 anni: gravide che beneficiano di servizio di parto assistito presso Jinka Hospital: 9.968	100%		Sulla base dei ricoveri attuali in maternità a Jinka (fonte: dati Jinka Hospital EFY 2011: 2017/18) si è stimato un aumento del 20% annuo.
Fascia d'età > 15 anni: gravide in condizione di emergenza ostetrica che beneficiano di servizio di assistenza presso Jinka Hospital: 1.092	100%		Sulla base dei ricoveri attuali in maternità a Jinka (fonte: dati Jinka Hospital EFY 2011: 2017/18) si è stimato un aumento del 40% annuo.
Fascia d'età > 15 anni: gravide che beneficiano di un trasferimento in ambulanza per emergenza ostetrica a Jinka Hospital: 508	100%		Sulla base del N di riferimenti di donne gravide (fonte: dati Jinka Hospital EFY 2011: 2017/18) si è stimato un aumento del 30% annuo.

Fascia d'età > 15 anni: donne in età riproduttiva e gravide che beneficiano di attività di outreaches (ANC, screening per malnutrizione, PNC) presso Jinka town: 6.480 donne di cui 2.500 gravide	100%		Si sono stimate circa 20 donne raggiunte durante le 324 sessioni di outreach previste.
Fascia d'età > 15 anni: care-givers che beneficeranno di formazione sulla stimolazione cognitiva del bambino a Jinka Hospital: 407	100%		Si stima che circa il 60% delle care givers dei 679 bambini affetti da SAM trattati a Jinka verranno coinvolte in attività di stimolazione cognitiva. Le care-givers /mamme sono sempre tutte donne.
Fascia d'età > 15 anni: gravide che beneficiano di servizio di visite prenatali presso le strutture sanitarie di Hamer Woreda nel triennio: 10.564	100%		Sulla base dei dati di visite ANC ad Hamer woreda (dati statistici di Woreda EFY 2011 e dati di progetto AICS AID 10568/CUAMM/ETH) si è stimato un aumento del 30% delle donne che effettuano 4 visite ANC e di 2% delle donne che effettuano almeno 1 visita ANC.
Fascia d'età > 15 anni: gravide che beneficiano di servizio di parto assistito in Hamer Woreda: 3.787	100%		Sulla base dei dati relativi ai parti assistiti in Hamer Woreda (dati statistici di Woreda EFY 2011 e dati di progetto AICS AID 10568/CUAMM/ETH) da cui si evince la copertura di partenza è molto bassa (32%) si è stimato un aumento del numero dei parti istituzionali del 20% annuo. La ripartizione % di M/F proviene da: Ethiopian Demographic Health Survey 2016.
Fascia d'età > 15 anni: gravide in condizione di emergenza ostetrica che beneficiano di servizio di assistenza presso Turmi HC: 109.	100%		Sulla base delle attività di gestione delle emergenze ostetriche assistite a Turmi HC (fonte: dati Turmi HC EFY 2011: 2017/18) si evince una copertura bassissima di MDOC assistite rispetto alle previste (5%) si è stimato un aumento del 30% annuo per arrivare ad una copertura dell'11%.
Fascia d'età > 15 anni: gravide che beneficiano di un trasferimento in ambulanza per emergenza a Turmi HC: 260	100%		Sulla base del N di riferimenti di donne gravide (fonte: dati Turmi HC EFY 2011: 2017/18) si è stimato un aumento del 40% annuo visto l'intervento capillare a livello di Hamer

			Woreda.
Fascia d'età > 15 anni: gravide che beneficiano di visite post-natali presso Hamer Woreda: 6.478	100%		Sulla base dei dati di visite PNC ad Hamer woreda (dati statistici di Woreda EFY 2011 e dati di progetto AICS AID 10568/CUAMM/ETH) si è stimato un aumento del 20% annuo.
Fascia d'età > 15 anni: donne gravide che beneficiano di attività di outreaches (ANC, screening per malnutrizione, PNC) presso Hamer Woreda: 8.100	100%		Si sono stimate circa 15 donne partecipanti a ciascuna sessione di outreaches (540 totali).
Fascia d'età > 15 anni: gravide che beneficiano di case d'attesa per il parto presso Hamer Woreda: 2100 donne (pari al 25% delle donne gravide attese)	100%		Sulla base dei dati di utilizzo attuale delle case d'attesa (circa 12/4 donne al mese) (dati statistici di Woreda EFY 2011 e dati di progetto AICS AID 10568/CUAMM/ETH) si stima di arrivare a circa 20 donne al mese per casa d'attesa in 3 case presenti ad Hamer Woreda.
Fascia d'età > 15 anni: membri di Child and Girls Clubs : 180 (CIAI)	50%	50%	Si stimano 45 partecipanti per ciascuno dei 2 Child Club e 2 Girls Club presenti nelle 2 scuole secondarie coinvolte. La ripartizione % di M/F proviene da: Ethiopian Demographic Health Survey 2016.
Fascia d'età > 19 anni: HEWs (Health Extension Workers) che verranno formati presso Hamer Woreda: 40	100%		Si è stimato di formare tutti i 40 HEWs presenti nella Woreda. Tutte le HEWs sono donne.
Fascia d'età > 19 anni: personale sanitario formato di Jinka Hospital: 80	47%	53%	Si sono contati i partecipanti ai corsi di formazione previsti sulla base dello staff in forza a Jinka Hospital (dati di direzione ospedaliera Jinka Hospital 2018) La ripartizione % viene dai registri dello staff in forza presso Jinka Hospital
Fascia d'età > 19 anni: personale del reparto di pediatria, triage pediatrico e dell'unità di riabilitazione nutrizionale beneficiano di Assistenza Tecnica continua presso Jinka Hospital: 15	46%	54%	Si è considerato tutto lo staff in forza presso pediatria, triage pediatrico e unità di riabilitazione nutrizionale. La ripartizione % viene dai registri dello staff in forza presso Jinka Hospital

Fascia d'età > 19 anni: personale di gestione ospedaliera di Jinka Hospital che beneficerà di formazione e assistenza tecnica: 10	20%	80%	Si è considerato tutto lo staff di gestione ospedaliera. La ripartizione % viene dai registri dello staff in forza presso Jinka Hospital
Fascia d'età > 19 anni: personale sanitario operante che sarà formato di Turmi HC: 40	77,5%	22,5%	Si è considerato tutto lo staff in forza presso maternità, pediatria, neonatologia, e unità di riabilitazione nutrizionale. La ripartizione % viene dai registri dello staff in forza presso Turmi HC.
Fascia d'età > 19 anni: staff sanitario delle 6 woreda di South Omo Zone che beneficerà di formazione e assistenza tecnica: 40	51%	49%	Si è considerato tutto lo staff che sarà coinvolto nelle formazioni (2 referenti per 20 HC di woreda) La ripartizione % di M/F proviene da: Ethiopian Demographic Health Survey 2016.
Fascia d'età > 19 anni: autorità sanitarie Zonali che beneficiano di formazione e assistenza tecnica: 5	40%	60%	Si sono incluse le autorità zonali referenti per salute materno-infantile. La ripartizione % di M/F viene dallo staff in forza.
Fascia d'età > 19 anni: autorità sanitarie delle 6 woreda di South Omo Zone che beneficiano di formazione e assistenza tecnica: 12	67%	33%	Si sono inclusi 2 referenti di salute materno infantile per 6 woreda. La % di M/F viene dallo staff in forza.
Fascia d'età > 19 anni: staff sanitario e comunitario di woreda (health posts) che beneficerà di supervisione: 30	67%	33%	E' lo staff in forza presso gli health posts della woreda di Hamer. La % di M/F viene dallo staff in forza.
Fascia d'età > 19 anni: dirigenti, insegnanti scolastici, membri delle PSTA delle 2 scuole secondarie di Jinka Town: 40	50%	50%	E' il personale scolastico che verrà formato ed è stato stimato base al numero delle 2 scuole secondarie coinvolte.
Fascia d'età > 19 anni: leader comunitari che saranno coinvolti nelle attività di sensibilizzazione a Jinka Town: 30	33%	67%	Si sono stimati in base al numero delle comunità coinvolte nell'area di Jinka town.
Fascia d'età 19 - 46 anni: popolazione coinvolta direttamente in campagne di sensibilizzazione a livello comunitario: 2400	51%	49%	Con gli eventi di sensibilizzazione (8 + 3 campagne) si stima di raggiungere un totale di 5.000 persone. In base alla distribuzione della popolazione da Ethiopian Demographic Health Survey 2016 il 48% della popolazione è di età compresa tra 15 e 46 anni. La ripartizione % di M/F proviene da: Ethiopian

			Demographic Health Survey 2016.
Fascia d'età > 46 anni: popolazione coinvolta direttamente in campagne di sensibilizzazione a livello comunitario:250	51%	49%	Con gli eventi di sensibilizzazione (8 + 3 campagne) si stima di raggiungere un totale di 5.000 persone. In base alla distribuzione della popolazione da Ethiopian Demographic Health Survey 2016 il 5% della popolazione è di età < 46. La ripartizione % di M/F proviene da: Ethiopian Demographic Health Survey 2016.
TOTALE: 160.429	70%	30%	Si sono sommati tutti i beneficiari diretti tranne: - i bambini stimolati con attività di tipo cognitivo che sono comunque i bambini affetti da SAM trattati presso Jinka e Turmi. - le donne in emergenza ostetrica (MDOC) trattate che rientrano nella categoria delle donne che partoriscono in struttura sanitaria. - il N di donne che hanno fatto visite pre-natali e post natali sono state invece sommate tra i beneficiari anche se alcune di queste rientrano anche nella categoria di donne che accedono al parto assistito (ma è impossibile chiaramente scorporarle).

4. ELEMENTI DI COERENZA

Il progetto contribuisce agli obiettivi dell'**Ethiopia Health Sector Transformation Plan (HSTP) 2015/16 - 2019/2020** (Migliorare lo stato di salute, Rafforzare l'ownership comunitaria, Migliorare l'accesso equo a servizi di qualità, Rafforzare la buona governance) perché migliora la qualità e promuove l'accesso ai servizi sanitari di base materno, neonatali, infantili, e nutrizionali per comunità pastorali di un'area rurale, secondo le linee guida dell'Health Extension Program tramite l'approccio "woreda graduation" coinvolgendo autorità sanitarie regionali, zonali e di woreda, con un impatto immediato sulla salute di madri e bambini. È inoltre in linea con il **National Nutrition Program 2016-2020 (NNP II)**, in quanto agisce in base alla strategia dei mille giorni, contribuendo all'obiettivo 1 del NNP II (migliorare lo stato di salute nutrizionale dei bambini fino ai 10 anni) e ai risultati 2.1 e 2.3 (migliorare lo stato nutrizionale dei bambini tra i 0 e 59 mesi).

Inoltre, il progetto tiene conto dei piani annuali di woreda, per garantirne la sostenibilità finanziaria. Dal punto di vista clinico, utilizza metodologie dell'Ethiopia Health Sector Transformation in Quality (HSTQ) e linee guida nazionali per la definizione dei contenuti dei training (cfr. Allegato N 7).

Di seguito, la mappa degli attori attivi nel medesimo contesto con cui CUAMM collaborerà, evidenziata dal needs assessment.

Organizzazione	Area	Collegamento con la presente iniziativa
RNMM ⁴⁸	– Ospedale Jinka	– Formazione BEMONC, CEMONC e NICU – Supervisione strutture CEMONC
Save the Children	– Hamer – Dasanech – North Ari	– Approvvigionamento materiale di base – Supervisioni – Creazione nuovi Stabilization Centres e OTP – Nutrizione (North Ari)
World Vision	– South Ari	– Nutrizione e awareness
USAID (JSI)	– Hamer – Dasanech – Benatsamay – Salamago – South Ari – North Ari	– Supervisioni – Formazione on job (Primary Health Care)
AMREF	– Tutte le Woreda, eccetto Jinka Town	– Vaccini – Family Planning (solo Hamer, Nyangatom e Dasanech)
Catholic Church	– Hamer	– Vaccini
Modalità di collaborazione		
• Condivisione sistematica di informazioni da parte del Capoprogetto, eventi di disseminazione • Collaborazione operativa quotidiana, per es. tramite assistenza tecnica alle autorità sanitarie (per coordinare i vari attori su forniture di stock, riferimenti in ambulanza, outreaches e supervisioni) e condivisione dati MNDOD, Mortalità Materna e Neonatale		
Valore aggiunto		
• Il supporto del presente progetto riguarda gap non colmati dalle iniziative sopra elencate presso i centri sanitari target. L'iniziativa quindi non duplica gli sforzi dei vari attori di sviluppo, bensì ne amplifica i risultati positivi ai fini della creazione di una rete di collaborazione che moltiplichi gli effetti del progetto • La condivisione dei dati permetterà di valutare la capacità delle strutture sanitarie di tutta la Zona di individuare le emergenze ostetriche e neonatali • La collaborazione sul sistema di riferimento promuoverà il sistema anche presso i nuovi Stabilization Centres e OTP, raggiungendo più beneficiari		

5. ESPERIENZA DEL SOGGETTO PROPONENTE, DELLA CONTROPARTE E DEI PARTNER

5.1 SOGGETTO PROPONENTE

Esperienza 1	<i>Titolo dell'intervento</i>	Strengthening maternal and child health care services		
	<i>Dimensione finanziaria</i>	149.578 €		
	<i>Area territoriale</i>	Regione SNNPR, South Omo Zone, woreda di Dasanech e Hamer		<i>Area territoriale</i>
	<i>Fonti di finanziamento</i>	Cordaid International		
	<i>Descrizione</i>	Progetto di supporto alla salute materna e infantile attraverso azioni di miglioramento della qualità ed accessibilità dei servizi sanitari disponibili. Supervisioni, assistenza tecnica, riabilitazione delle strutture sanitarie		

⁴⁸ Reducing Neonatal and Maternal Mortality

		territoriali disponibili e loro equipaggiamento, supporto al sistema di riferimento con le autorità sanitarie di Woreda.		
Esperienza 2	<i>Titolo dell'intervento</i>	Tutela della salute materno-infantile attraverso la riabilitazione dei Centri di Salute e la formazione del personale dei Distretti di Dasenech e Hamer		
	<i>Dimensione finanziaria</i>	60.000 €		
	<i>Area territoriale</i>	Regione SNNPR, South Omo Zone, woreda di Dasenech e Hamer		<i>Area territoriale</i>
	<i>Fonti di finanziamento</i>	Fondazione Maria Bonino		
	<i>Descrizione</i>	Iniziativa volta a migliorare accesso e qualità dei servizi di salute materna e infantile, in particolare a supporto delle woreda di Dasenech e Hamer, attraverso riabilitazione ed equipaggiamento dei presidi sanitari territoriali e formazione del personale. Garantite inoltre la supervisione costante dei Centri di Salute e del personale in servizio e la sensibilizzazione delle comunità.		
Esperienza 3	<i>Titolo dell'intervento</i>	Prevenzione e trattamento del cancro della cervice e promozione dei servizi integrati a livello comunitario nelle woredas di Jinka, South Ari e Male, nella South Omo Zone (SNNPR)		
	<i>Dimensione finanziaria</i>	180.000 €		
	<i>Area territoriale</i>	SNNPR Regione, South Omo Zone, woreda di: Jinka, Male e South Ari		<i>Area territoriale</i>
	<i>Fonti di finanziamento</i>	AICS - Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo		
	<i>Descrizione</i>	Iniziativa a supporto delle autorità sanitarie locali nella lotta alle NCDs (in particolare cancro alla cervice) integrata con HIV e TB, attraverso il miglioramento della diponibilità di servizi per screening e trattamento del cancro alla cervice, aumentando le conoscenze in merito alla patologia e alle modalità di prevenzione e accesso ai servizi diagnostici nella popolazione target.		
Esperienza 4	<i>Titolo dell'intervento</i>	Mothers and Children First: tutela della salute materno-neonatale – infantile presso le comunità pastorali della South Omo Zone, Etiopia		
	<i>Dimensione finanziaria</i>	2.150.000 €		
	<i>Area territoriale</i>	Regione SNNPR, South Omo Zone, woreda di Dasenech, Hamer e Male		<i>Area territoriale</i>
	<i>Fonti di finanziamento</i>	AICS - Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo		
	<i>Descrizione</i>	Intervento inteso a contribuire al raggiungimento degli MDGs 4 e 5 aumentando l'accesso ai servizi materno-neonatali-infantili di qualità erogati presso le comunità pastorali nei Distretti di Hamer e Dasenech. Assistenza tecnica alle autorità sanitarie, formazioni del personale, riabilitazione delle strutture sanitarie, attività di awareness comunitarie (con analisi antropologica)		
	<i>Titolo dell'intervento</i>	Cervical Cancer: prevention, treatment and integration with TB/HIV/Viral Hepatitis services in 2 woredas of South Omo zone, Ethiopia		

Esperienza 5	Dimensione finanziaria	594.488 €		
	Area territoriale	Regione SNNPR, South Omo Zone, woreda di Dasenech e Hamer		Area territoriale
	Fonti di finanziamento	BMS Bristol-Myers Squibb Foundation		
	Descrizione	Intervento volto a migliorare la cura e prevenzione di epatite virale, HIV e cancro alla cervice per la popolazione delle due woreda interessate offrendo servizi rafforzati ed erogati in forma integrata contribuendo al rafforzamento complessivo del sistema sanitario distrettuale assicurando un focus specifico sui servizi di salute riproduttiva e pediatrici.		

5.2 CONTROPARTE E PARTNER

(Compilare le sezioni seguenti per ciascuno dei partner rilevanti. Se necessario, aggiungere una sezione per ogni ulteriore partner ritenuto rilevante. Tutti i partner di seguito identificati dovranno essere inclusi nell'Accordo di Partenariato)

Controparte	Nome e acronimo	South Omo Zone Health Department (SOZHD)		
	Tipo di organizzazione (precisare in dettaglio lo Status giuridico della Controparte)	Organismo pubblico		
	Sede	Jinka, SNNPR, Etiopia		
	Breve descrizione delle relazioni con il soggetto proponente e del ruolo che assumerà, evidenziando gli aspetti per cui il suo coinvolgimento è pertinente e apporta valore all'iniziativa	CUAMM collabora con il SOZHD dal 2013 nel miglioramento della qualità e accessibilità dei servizi sanitari. Con il progetto attuale si intende fornire assistenza tecnica diretta al SOZHD che collaborerà nella definizione e implementazione di tutte le attività incluso il monitoraggio dell'iniziativa. Il SOZHD oltre ad apportare conoscenza del contesto e delle problematiche relative al settore di intervento, assicura sostenibilità all'iniziativa facendola propria (<i>endorsment</i>).		
	Esperienza nel settore	Dipartimento Sanitario di Zona che coordina e gestisce i servizi sanitari delle woreda ad esso afferenti, secondo le strategie sanitarie regionali (derivanti dai piani nazionali del MoH).		
Partner 1	Nome e acronimo	Centro Italiano Aiuti all'Infanzia - CIAI		
	Tipo di organizzazione (precisare in dettaglio lo Status giuridico del Partner ed eventuale appartenenza ai Soggetti al Capo VI della L. 125/14)	ONLUS, appartenente ai Soggetti al Capo VI della L. 125/14 con Decreto n. 2016/337/000157/0		
	Sede	Via Bordighera 6, 20142 Milano.		
	Breve descrizione delle relazioni con il soggetto proponente e del ruolo che assumerà,	CIAI e CUAMM hanno una presenza storica nella Regione SNNP. CIAI ha nel presente progetto il ruolo di promuovere la protezione, partecipazione ed inclusione dei target group più vulnerabili (in particolare bambini/e, ragazzi/e, donne), implementando attività nelle comunità e tra i giovani e stimolandone la partecipazione. Attività che si		

	evidenziando gli aspetti per cui il suo coinvolgimento è pertinente e apporta valore all'iniziativa	integrano nelle aree target con quelle sanitarie/mediche promosse da CUAMM e che contribuiscono al raggiungimento dei risultati e degli obiettivi di progetto.
	Esperienza in settore/area geografica	CIAI è presente dal 2009 in SNNPR ed ha implementato progetti nei settori protezione, uguaglianza, servizi di base, migrazione, consolidando una rete di partners della società civile e delle autorità
Partner 2	Nome e acronimo	CSB Centro per la Salute del Bambino - onlus
	Tipo di organizzazione (precisare in dettaglio lo Status giuridico del Partner ed eventuale appartenenza ai Soggetti al Capo VI della L. 125/14)	Libera associazione che opera nei settori dell'assistenza socio-sanitaria ed educativa, della promozione delle buone pratiche per lo sviluppo del bambino e della relazione, della formazione e della tutela dei diritti del minore. Persegue fini di solidarietà sociale, esplicando la sua attività anche ai sensi del D.L. 460\97. Tra le finalità del suo statuto include anche la realizzazione di interventi di solidarietà e cooperazione nei riguardi di bambini e madri in condizioni di disagio, in particolare se associate a problemi di salute.
	Sede	Trieste, via de Rin 19
	Breve descrizione delle relazioni con il soggetto proponente e del ruolo che assumerà, evidenziando gli aspetti per cui il suo coinvolgimento è pertinente e apporta valore all'iniziativa	CUAMM e CSB Onlus collaborano da diversi anni nell'ambito della formazione e assistenza tecnica alla programmazione e pianificazione di interventi di ECD nei paesi dove il CUAMM opera. Ruolo: assistenza tecnica, formazione e supporto al monitoraggio e alla valutazione degli interventi. Valore aggiunto: CSB apporta la sua expertise nella realizzazione di programmi materno-infantili e di ECD su scala nazionale e internazionale anche in collaborazione con OMS e UNICEF.
	Esperienza in settore/area geografica	CSB opera dal 1999 a supporto dell'infanzia vulnerabile, secondo una visione ecologica e multisettoriale. Oper in Asia Centrale, Sud-est-asiatico, America Latina e Africa Sub-sahariana (con CUAMM)

6. MODALITÀ ORGANIZZATIVE E DI ASSUNZIONE DELLE DECISIONI

Divisione componenti:

- **CUAMM** attività sanitarie e nutrizionali
- **CSB** attività di Early Child Development
- **CIAI** attività di protezione/awareness.

Meccanismi di gestione:

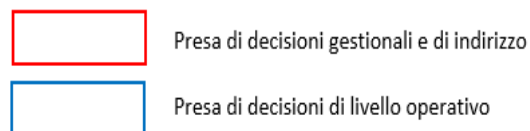
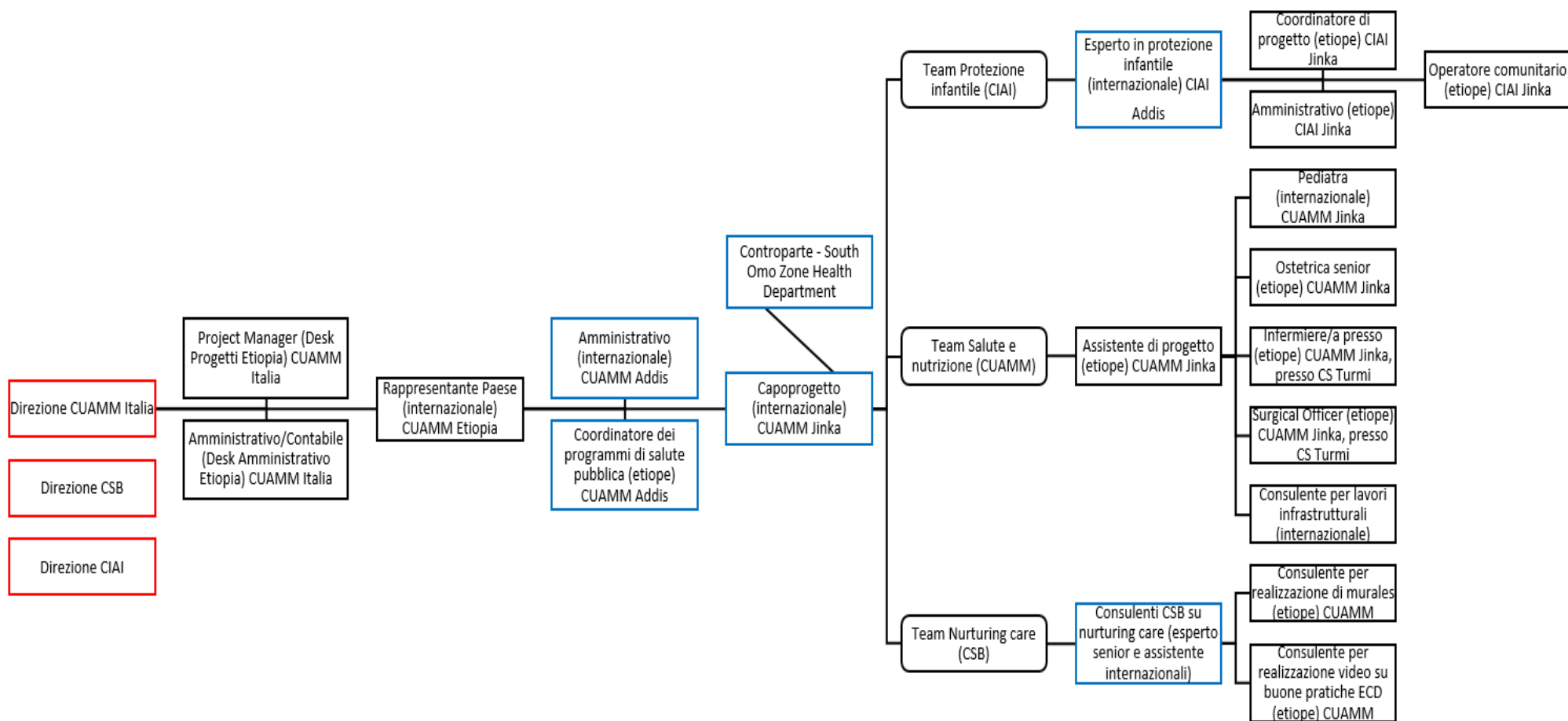
- **CUAMM (Italia):** Il Desk Progetti Etiopia e il Desk Amministrativo Etiopia assicurano coordinamento, supervisione e indirizzo generale del progetto, controllo finale di report per invio a AICS.
- **CIAI e CSB (Italia)** sono responsabili di gestione e rendicontazione fondi (trasferiti da CUAMM) secondo regole AICS; sono responsabili verso CUAMM (indirettamente ad AICS) della qualità degli output.
- **CUAMM (Etiopia):** Il Coordinatore dei programmi di salute pubblica locale CUAMM e l'Amministrativo internazionale CUAMM (Addis) sono i referenti per amministrazione del progetto in loco, allocazione fondi, validazione report, verifica avanzamento progetto e uso fondi secondo procedure CUAMM e AICS; Allineamento progetto con strategie nazionali.

- **CIAI (Etiopia):** L'Esperto in protezione infantile internazionale CIAI (Addis) è responsabile per la gestione delle componenti CIAI e allineamento con le strategie nazionali.
- **Team Tecnico di implementazione (SOZ):**
 - Capoprogetto CUAMM (referente coordinamento generale di tutte le attività, risorse umane e relazioni con donatori, partner e controparte) cui fanno riferimento:
 - Assistente di progetto locale CUAMM (assistenza tecnica a SOZHD e autorità di woreda – A. 1.3.1, 2.3.1 e monitoraggio)
 - Pediatra internazionale e Ostetrica senior locale (supervisione e mentoring ospedale di Jinka e Turmi (entrambi per 1.1.1, 2.1.2, ostetrica anche per 1.2.1, 2.2.1)
 - Infermiere e Surgical Officer locali (dislocati al CS di **Turmi**, 2.1.2).
 - Coordinatore di Progetto locale CIAI (1.2.1, 1.2.3) e Operatore comunitario locale (1.2.1, 1.2.3) (staff tecnico CIAI per la componente protezione) supportati da Amministrativo locale CIAI per la parte finanziaria
 - Consulenti internazionali di CSB (1.1.1, 2.1.1) per la componente nurturing care (esperto senior e assistente)
 - Consulente internazionale per lavori infrastrutturali (1.1.3, 2.1.3)
 - Consulente realizzazione video su buone pratiche di prevenzione/cura/ECD e un Consulente per la realizzazione di murali per la parte di ECD e awareness (1.1.3, 2.1.3, 1.2.1, 2.2.1)

Presa di decisioni:

- I referenti **CUAMM, CIAI e CSB (Italia)** prendono decisioni consensuali su revisioni del progetto; identificano l'ente di valutazione finale; mantengono comunicazioni regolari via e-mail per report tecnici e finanziari.
- A livello operativo le decisioni sono prese dal **Capoprogetto**, sotto la supervisione di **Coordinatore dei programmi** e **Amministrativo**, in accordo con SOZHD, CIAI e CSB. Il Coordinatore dei programmi di salute pubblica risponde al Rappresentante Paese CUAMM, il quale riporta alla sede centrale (Direzione).

La proposta prevede il coinvolgimento di 7 risorse umane locali di lungo termine, sia di tipo tecnico/sanitario con ruoli decisionali (Coordinatore di programmi sanitari) che amministrativo-gestionale, sia in che gestionali.



7. SOSTENIBILITÀ

Per garantire la **sostenibilità tecnica** delle competenze, l'appropriazione e l'utilizzo di tecniche/metodologie/materiali introdotte, l'intervento adotta strategie di implementazione di comprovata efficacia, adattate ai diversi bisogni di partner/beneficiari. In particolare:

	Modalità trasferimento competenze	Approccio
Partner e controparti	Scambio di buone pratiche su salute materno infantile, malnutrizione, ECD e protezione dell'infanzia e su gestione progettuale	Definizione di capacity building plan per ogni partner/controparte
Pazienti, Care givers, educatori, e famiglie vulnerabili	Dialogo, sensibilizzazione, promozione dell'accesso ai servizi sanitari	Nurturing Care Framework Social and behavior change communication (SBCC)
Staff sanitario e CHEW	Formazione, assistenza tecnica, supervisione, mentoring	Affiancamento tecnico, capacity building
Autorità sanitarie	Scambio di buone pratiche	Definizione di capacity building plan, coinvolgimento autorità sanitarie in assessment gap formativi e supervisione/mentoring

La **sostenibilità sociale** è garantita dal coinvolgimento di beneficiari, target group, stakeholder e partner nella definizione delle attività (cfr sez. 1.1). L'ownership di autorità locali e partner è favorita tramite disseminazione risultati e coinvolgimento continuo. L'ownership comunitaria è data dal coinvolgimento partecipativo di più gatekeepers che influenzano le attitudini delle popolazioni rispetto salute materno infantile inclusa la nutrizione e inclusione delle persone vulnerabili (HEW, educatori, caregivers, staff sanitario) la cui strategia è stata informata da una analisi antropologica.

Sostenibilità Istituzionale.

Le azioni sono coerenti con politiche/strategie etiopi in materia di malnutrizione, salute materno infantile e protezione, declinate nei piani zonali, di woreda e settoriali. La presa di decisioni coinvolge sempre le istituzioni locali. Le attività di coordinamento e di disseminazione dei risultati rafforzeranno l'attenzione istituzionale sui temi del progetto.

Sostenibilità Finanziaria.

Integrandosi con il piano di sviluppo della SOZ e coinvolgendo strutture pubbliche già esistenti, il progetto non porta a oneri finanziari pubblici aggiuntivi. L'introduzione di figure cliniche al Turmi HC sarà coordinata con le autorità rilevanti (cfr. att. 2.1.2), intendendola come provvisoria nel triennio di transizione di Turmi a ospedale, al termine del quale ci si aspetta la presa in carico finanziaria da parte delle autorità.

L'ottenimento di buoni risultati di progetto, disseminati in maniera appropriata farà sì che alcune attività (riferimento in ambulanza rafforzato e cliniche mobili) siano incluse nei budget previsionali di woreda e prese in carico dalle autorità o partner di sviluppo.

Per rafforzare le capacità di gestione degli stock, la distribuzione di farmaci e materiali alle woreda/alle strutture sanitarie avviene sulla base delle attività cliniche svolte e monitorate e si accompagna ad assistenza tecnica. In questo modo si intende rafforzare la capacità locale di pianificare le attività e quindi di prevedere adeguato approvvigionamento di farmaci e materiali per evitare autonomamente la rottura di stock.

I partner saranno formati dal Desk Paese CUAMM, se necessario, sulle modalità di gestione finanziaria AICS, nell'ambito dell'esercizio del proprio ruolo di coordinamento in quanto Ente proponente.

Sostenibilità Ambientale

Gli adeguamenti infrastrutturali saranno realizzati secondo standard ambientali nazionali/internazionali, garantendo un consumo efficiente di elettricità e acqua. La fornitura di equipaggiamento e farmaci è sempre accompagnata a sensibilizzazione del personale in merito alla corretta gestione dei rifiuti organici e non organici (farmaci, consumabili). Durante le supervisioni viene verificata la modalità in cui è garantita la sicurezza del

personale e dei pazienti, anche per mitigare l'impatto ambientale negativo derivante dalla disposizione nociva dei rifiuti.

8. IMPATTO ATTESO

L'impatto socio-economico atteso (che potrà essere comparato con quello di altri interventi grazie a standardizzazione dell'M&E) è qui declinato per beneficiari/partenariato/contesto/strategia di misurazione.

	Impatto	Misurazione	
		Mid-term	Long-term (extra progetto)
Settore salute/nutrizione	Aumentato accesso a servizi sanitari/nutrizionali di qualità per mamme e bambini in area target; adottati stili di cura e accudimento che prevengono e curano la malnutrizione infantile	Impatto misurabile attraverso: - I cambiamenti attesi presso i beneficiari, target group e a impatto di genere (cfr. <i>infra</i>) - Analisi indipendenti di Ministeri e OOII a livello di SNNPR/SOZ/woreda	Confronto pre-post intervento di dati della SNNPR in DHS 2016 e DHS 2021
Beneficiari			
Staff sanitario	Aumentate capacità tecniche e cliniche; aumentata consapevolezza dell'importanza dello sviluppo cognitivo infantile	Analisi dati di qualità delle strutture sanitarie target; osservazione diretta;	Indagine iniziale e finale delle competenze e pratiche dello staff
HEW	Aumentate capacità tecniche; riconoscimento sociale		
Bambini e mamme	Migliorate condizioni di salute; Aumentata consapevolezza; migliorato sviluppo cognitivo (con migliore potenzialità di reddito futuro)	Analisi dati delle strutture sanitarie target	Confronto tra dati HMIS e pre-post DHS 2016 e DHS 2021;
Autorità sanitarie	Migliorata capacità di gestione/coordinamento; Aumentata consapevolezza in merito a importanza dello sviluppo cognitivo del bambino	Analisi indicatori di migliorata gestione e ricadute su qualità servizi; pre-post test su conoscenze acquisite	Osservazione diretta, dopo conclusione del progetto
Impatto di genere	Aumentata consapevolezza delle donne in merito a salute materno-infantile e sviluppo cognitivo; Maggiori capacità di decisione della donna rispetto a famiglia/salute/spese per la casa, e quindi scelte orientate alla buona salute dei figli.	Analisi ricadute su qualità e accesso servizi sanitari	Confronto dati della SNNPR in DHS 2016 e DHS 2021
Contesto operativo e/o	Il progetto contribuirà a sviluppare attività di tipo ECD che, se replicati	Presenza di esempi concreti di ownership istituzionale	Analisi programmazione SNNPR/SOZ; Confronto dati

istituzionale	a livello nazionale, avranno un impatto economico di ca. 13\$ ⁴⁹ per dollaro speso, con aumento ipotizzato del PIL dell'8-11% annuo ⁵⁰ .	(programmazione di ECD)	della SNNPR in DHS 2016 e DHS 2021
Partenariato	Migliorate capacità di gestione e conoscenze tecniche su nutrizione	Esempi concreti di condivisione conoscenze tra partner	Nuove collaborazioni tecniche tra i partner

9. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

9.1 MONITORAGGIO

Il monitoraggio interno delle attività accompagna tutte le fasi di realizzazione dell'iniziativa. Sulla base del Piano di Monitoraggio e Valutazione (M&E) redatto a inizio progetto, il Capoprogetto è responsabile per l'elaborazione di uno stato di avanzamento sia quantitativo che qualitativo, prendendo in esame gli indicatori e fonti previsti dal Quadro Logico, che viene condensato in un Rapporto Trimestrale di Monitoraggio interno (RTM). Nell'RTM sono esposte anche le raccomandazioni riguardanti le eventuali variazioni discusse con il team di progetto, la controparte e i partner. L'RTM è accompagnato dai rapporti finanziari e da indicazione dei fattori interni/esterni che hanno influito sullo svolgimento delle attività. Gli RTM sono elaborati dal Capoprogetto, in collaborazione con l'Assistente di progetto, e sono condivisi con il Coordinatore dei programmi di salute pubblica e l'Amministrativo (ufficio CUAMM Addis), il Project manager (Desk Progetti Etiopia) e l'Amministrativo/contabile (Desk Amministrativo Etiopia) (sede CUAMM Italia), i quali verificano:

- Appropriatezza della rendicontazione finanziaria
- Andamento delle attività in base ai tempi previsti.
- Progressi/trend degli indicatori del Quadro Logico
- Opportunità di eventuali modifiche del piano operativo.

Si utilizzano messaggi email/Skype per la condivisione degli RTM e la discussione del loro contenuto con il Capoprogetto e i partner di progetto.

Sono previste 3 missioni di monitoraggio dall'Italia (1 all'anno) di staff CUAMM e/o di partenariato, con focus sullo stato di avanzamento delle attività e progressi verso i target.

Il monitoraggio dall'Italia verifica il piano operativo delle attività, a confronto con l'analisi del contesto, verificando la coerenza delle attività con il Quadro Logico e valutando eventuali modifiche da proporre a AICS.

A queste attività di M&E si aggiungono anche una valutazione intermedia e una finale.

Aspetti dell'intervento da considerare nel monitoraggio e i principali insiemi di indicatori da utilizzare.

Il monitoraggio riguarda gli indicatori presenti nel Quadro Logico, riassunti nella seguente tabella, la verifica della produzione degli output di progetto (presentati per ogni attività, *cfr. sez. 3*) nei tempi previsti (*cfr. sez. 2, cronogramma*) e in base agli input stimati (*piano finanziario*).

Indicatori di Quadro Logico	Fonti	Aspetti considerati
Indicatori di obiettivo specifico	• Dati del sistema informativo sanitario raccolti a livello di struttura sanitaria, woreda, zona e regione • Registri ospedalieri	Il monitoraggio di questi indicatori permette di rispondere alla domanda se il progetto abbia raggiunto lo scopo previsto. • Miglioramento accessibilità e utilizzazione dei servizi • Miglioramento della qualità dei servizi forniti

⁴⁹ WHO **Nurturing care** for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential, 2018

⁵⁰ African Union Commission, World Food Programme, United Nations Economic Commission for Africa. 2013. The Cost of Hunger in Ethiopia. Implications for Implications for the Growth and Transformation of Ethiopia. Disponibile all'URL: <https://reliefweb.int/report/ethiopia/cost-hunger-ethiopia-implications-growth-and-transformation-ethiopia> (ultimo accesso: 11/12/2018)

	• Report nazionali	
Indicatori di Risultato	• Dati del sistema informativo sanitario raccolti a livello di struttura sanitaria, messi a confronto con i registri sanitari delle strutture target • Audit delle morti materne e neonatali • Rapporti di supervisione • Rapporti di assistenza tecnica • Confronto indagine su conoscenze e pratiche staff formato	• Miglioramento standard qualitativi e organizzativi dei servizi sanitari • Aumento disponibilità/qualità personale sanitario e tecnico • Miglioramento sistema di riferimento Evidenze dell'introduzione della nurturing care nelle strutture sanitarie target

Le informazioni raccolte tramite il monitoraggio saranno utilizzate:

- All'interno del partenariato, per analizzare la performance del progetto e valutare eventuali modifiche al piano operativo, riprogrammare, se necessario, delle specifiche attività, verificare la performance operativa di ciascun partner e fornire capacity building se necessario
- All'esterno del partenariato, per presentare i risultati del progetto ai vari stakeholder (cfr. sezione 10, *Comunicazione e visibilità*), in un'ottica di *accountability*
- Verso il donatore, per garantire gestione trasparente degli aiuti.

9.2 VALUTAZIONE ESTERNA, FINALE (obbligatoria per tutte le iniziative con un costo totale superiore a 600.000 Euro) e INTERMEDIA (obbligatoria per tutte le iniziative con costo totale pari o superiore a 600.000 Euro e di durata pari o superiore a 24 mesi)

Metodologie che si intendono applicare ai fini della valutazione di medio periodo e finale

La **valutazione intermedia** (18° mese) sarà effettuata dallo staff di progetto per verificare il grado di raggiungimento di obiettivi e risultati utilizzando dati di monitoraggio raccolti (cfr. tabella sez. 9.1). I risultati saranno condivisi con i partner, la controparte e potranno eventualmente essere alla base di una variante da presentare all'AICS.

La **valutazione finale** metterà in evidenza punti di forza, di debolezza e lezioni apprese del progetto e riguarderà i seguenti elementi:

- Rilevanza della formulazione
In che misura si è tenuto conto di contesto e bisogni? L'iniziativa è coerente politiche e indirizzi strategici operativi in materia di salute materno-infantile, neonatale e nutrizionale in Etiopia?
- Efficienza dell'esecuzione
Analisi (complessiva e con riferimento a indicatori del Quadro Logico) dell'impiego delle risorse (costi/tempi di realizzazione) per il raggiungimento dei risultati
- Efficacia nel raggiungimento dei risultati
Analisi degli indicatori di Risultato atteso e di eventuali trend positivi/negativi (cfr. tabella sez. 9.1)
- Impatto e sostenibilità dell'iniziativa
*L'iniziativa ha contribuito a rafforzare il coordinamento tra gli attori coinvolti? Vi sono evidenze di come tale coordinamento abbia portato a un miglioramento dei servizi forniti?
I benefici dell'azione si ripeteranno nel tempo grazie al rafforzamento delle capacità di autorità di woreda, zonale, regionale e del personale sanitario? Il personale sanitario, gli operatori comunitari HEW e i caregiver hanno modificato i loro comportamenti riguardanti la nurturing care?*

La valutazione comprenderà 4 fasi: *desk phase, field phase, synthesis phase*, cui seguirà la condivisione del

report finale con CUAMM, i partner, e AICS. Si prevede che la metodologia includa strumenti quali interviste, osservazione diretta e questionari e che fornisca informazioni pertinenti secondo il seguente schema:

Risultati/obiettivi	Metodologie raccolta dati:	Soggetti coinvolti
Raggiungimento dell’obiettivo generale	Confronto dati baseline, 18° mese, endline relativi a mortalità materna, neonatale, infantile e prevalenza della malnutrizione.	Capoprogetto e staff di progetto, Ministero della Salute etiope, Controparte (SOZHD), Partner, Beneficiari finali del progetto, Team di valutazione esterna (finale)
Raggiungimento degli obiettivi specifici	Confronto dati baseline, 18° mese, endline relativi a dati di accesso e qualità dei servizi delle strutture target	
RA1.1. <i>In che misura gli interventi di formazione, assistenza tecnica e approvvigionamento hanno migliorato la qualità dei servizi presso l’ospedale di Jinka?</i>	Confronto dati baseline, 18° mese e endline relativi agli indicatori segnalati nel Quadro Logico per ogni risultato atteso	
RA1.2. <i>In che misura gli interventi comunitari, di outreach e di supporto all’ambulanza hanno contribuito ad aumentare l’accesso all’ospedale di Jinka?</i>		
RA1.3. <i>In che misura le autorità sanitarie target hanno migliorato le proprie capacità di gestione dei servizi materno infantili?</i>		
RA2.1. <i>In che misura gli interventi di formazione, assistenza tecnica e approvvigionamento hanno migliorato la qualità dei servizi materno infantili presso il Centro di Salute di Turmi?</i>		
RA2.2. <i>In che misura gli interventi comunitari, di outreach e di supporto al sistema di riferimento e alle case d’attesa hanno contribuito ad aumentare l’accesso nella woreda di Hamer?</i>		
RA2.3. <i>In che misura le autorità sanitarie target hanno migliorato le proprie capacità di gestione dei servizi materno infantili?</i>		

Modalità per la scelta dei valutatori esterni e inserire i Termini di Riferimento

CUAMM Italia selezionerà una proposta tra 3 offerte ritenute valide secondo procedura negoziata, sulla base di una valutazione tecnico-economica di: Proposta di metodologia per rispondere alle domande sopra presentate; Tempistica di valutazione; Proposta economica; Curriculum Valutatori.

10. COMUNICAZIONE E VISIBILITÀ

Piano di Comunicazione dell'iniziativa in linea con le "linee guida di Comunicazione e Identità visiva AICS":

Obiettivi:

- Evidenziare il contributo del progetto AICS a tutela della salute materno-neonatale e dei bambini U5 in loco e in Italia.
- Supportare la predisposizione di materiali di sensibilizzazione presso le comunità della SOZ
- Disseminare buone pratiche, innovative, replicabili
- Promuovere sostenibilità e impatto migliorativo delle azioni progettuali sulla qualità di vita della comunità della SOZ.

Messaggi:

- Importanza di accedere a servizi preventivi e curativi di salute materno-infantile
- Adozione di pratiche nutrizionali, stili di cura e accudimento che prevengono la mortalità e la malnutrizione.
- Rilevanza del contributo AICS per massimizzare risultati e sostenibilità

Target groups:

- Beneficiari diretti, donne e bambini (con le attività b, c, d, ed e si prevede di raggiungere in totale 151.323 bambini U5 e 32.959 PLW)
- Istituzioni, *stakeholders* locali
- Media locali
- Donatori, partners, altre ONG

10.1 In loco:

- a)** Evento di lancio con conferenza stampa (Addis Ababa) e workshop di presentazione attività e strategia (Jinka); workshop finale per condivisione risultati e *lesson learnt* (70 partecipanti ad evento)
- b)** Realizzazione di murali sulle pareti delle strutture sanitarie interessate che illustrino buone pratiche per garantire una migliore salute materno-infantile
- c)** Materiali cartacei (posters, tessere PLA) da utilizzare nelle attività *outreaches*
- d)** Realizzazione video su buone pratiche di prevenzione/cura/ECD da trasmettere nelle strutture sanitarie coinvolte. Le illustrazioni saranno adattati alle caratteristiche socio-culturali del contesto; la realizzazione del materiale prevedrà la partecipazione dei beneficiari
- e)** Creazione di giocattoli didattici con risorse disponibili localmente per stimolazione cognitiva (cubetti di legno, puzzle illustrati, libretti tattili/sonori) (407 “care-givers” e i loro bambini affetti da SAM che potranno beneficiare di strumenti e spazi per la stimolazione cognitiva)
- f)** Materiale tecnico-informativo (factsheets) e promozionale (t-shirts, cappellini, adesivi, banner, etc.) in accordo con AICS

10.2 In Italia:

- a)** Evento di disseminazione dei risultati progettuali (Partecipanti $\cong$ 150). Coinvolgimento degli operatori di progetto, testimonianze dirette e storie di beneficiari per promuovere lo *storytelling*. Valorizzazione dei materiali prodotti. Si godrà dell'appoggio della rete territoriale CUAMM, gemellata con la progettualità in Etiopia

Target groups: (30.000 persone raggiunte)

- pubblico generalista
- *policy makers*
- Donatori e partners
- Media nazionali
- Comunità scientifica e Università
- Potenziali stakeholders

Nel corso del progetto verrà garantita un'adeguata visibilità e racconto delle attività, mantenendo la componente di *storytelling*:

- News/video sul sito web CUAMM(ita/eng)
- Social media(Facebook, Instagram, Twitter, Linkedn)
- Articoli su rivista èAfrica

11. PIANO FINANZIARIO

Il piano finanziario è costruito in risposta ai bisogni delle strutture e dei beneficiari evidenziati nell'analisi del contesto:

Risorse Umane:

Ruolo		Figura tecnica (T) / amministrativa (A)	Junior (J, min. 3 anni) / Senior (S, min. 5 anni)	Competenze	Note in relazione a All. 4
Personale in Italia					
Project Manager	CUAMM	T	S	Esperienza	Risorse CUAMM

				pluriennale nella gestione progetti AICS	allocate all’iniziativa per 20%
Amministrativo		A	S	Esperienza pluriennale nella gestione amministrativa progetti AICS	
Personale Internazionale Lungo Termine					
Capoprogetto	CUAMM	T	S	Esperto di salute pubblica, con esperienza pluriennale di gestione progetti sanitari in Africa	Costo omnicomprensivo; compenso da scala salariale ONG
Amministrativo		A	S	Esperto in gestione amministrativa con esperienza pluriennale in gestione di progetti in particolare AICS	
Pediatra	CUAMM	T	S	Medico, con esperienza pluriennale in ambito pediatrico nei PVS	
Esperto protezione infantile (quota parte)	CIAI	T	S	Master in Scienze sociali o equipollente, esperienza pluriennale nei PVS	
Personale internazionale Breve Termine					
Consulente su esecuzione lavori di costruzione / riabilitazione strutture sanitarie	CUAMM	T	S	Esperienza in gestione di lavori di costruzione/riabilitazione di strutture sanitarie nei PVS	Costo omnicomprensivo, compreso vitto e alloggio
Consulenti in ambito ECD (2)	CSB	T	1 S + 1 J	Consulenti con esperienza tecnica di ECD in servizi sanitari	
Consulente realizzazione video	CUAMM	T	S	Consulente con esperienza nella comunicazione multimediale in ambito di sviluppo	
Consulente realizzazione di murali	CUAMM	T	J	Consulente con esperienza in ambito di comunicazione attraverso strumenti artistici	
Personale locale LT					
Assistente di progetto	CUAMM	T	S	Esperto in assistenza tecnica e analisi dati	Costo omnicomprensivo, importi come da legge etiopie inclusa assicurazione
Infermiere		T	S	Esperienza infermieristica SMI	
Ostetrica		T	S	Esperienza ostetrica in	

				ambito rurale	sanitaria, bonus annuale e quota parte di TFR
Surgical Officer		T	S	Tecnico di chirurgia	
Coordinatore programmi di salute pubblica (quota parte)		T	S	Esperto di salute pubblica con esperienza gestionale pluriennale	
Coordinatore di progetto	CIAI	T	S	Formazione in Scienze sociali esperienza pluriennale in formazione comunitaria	
Operatore Comunitario		T	J	Diploma in Sc. Sociali o equipollente esperienza di animazione comunitaria rurale	
Si aggiungono le figure di supporto come da piano finanziario					
Vede-si sez. 6 per descrizione del ruolo di ogni figura.					

Spese realizzazione attività

- Assicurazioni e visti: in base alla durata della missione. Spese relative al permesso di lavoro per personale di lungo termine.
- Viaggi internazionali e interni: costo medio voli A/R
- Trasporto in loco: media mensile per spese di mobilità attraverso auto assegnate al progetto.
- Corsi di formazione: considerati durata, partecipanti, formatori e materiale, come da costi sostenuti in altri progetti.
- Ulteriori costi elencati (Vitto/alloggio, rimborso costi ambulanze, materiali IEC, attività comunitarie, outreach) sono in linea con costi di altri progetti implementati.

Attrezzature e investimenti

- Costi per riabilitazioni, consumabili, farmaci, attrezzature, arredi, baby kit, materiali nutrizionali e i costi di attrezzature per ufficio sono supportati da preventivi.

Spese di Gestione in loco

- Le spese indicate (affitto, utenze, gestione auto) sono in linea con i costi medi mensili di gestione degli uffici di CUAMM a Jinka e Addis (quota parte)

Acquisti di servizi:

- Oneri bancari, revisione finanziaria obbligatoria (<2% del totale) sono in linea con i costi medi sostenuti da CUAMM.

Comunicazione, relazioni esterne e divulgazioni dei risultati

- Le stime dei costi di eventi, materiale di visibilità del progetto sono in linea con quanto speso da precedenti interventi; per le stime di materiale audiovisivo vede-si preventivo. (< 2% del totale)

Monitoraggio e valutazione

- Costi di monitoraggio interno, valutazione intermedia e finale sono in linea con quanto speso da precedenti interventi (<2% del totale)

Sintesi dei costi a carico	Costo totale	Costo %	Contributo AICS	Contributo monetario Soggetto Proponente	Contributo monetario Altri (CIAI)
1. Risorse umane	769.116,00	38,45%	746.616,00		4.500,00
2. Spese per la realizzazione delle attività	316.381,00	15,82%	316.381,00		
3. Attrezzature e investimenti	495.079,00	24,75%	299.401,72	185.472,76	10.204,52
4. Spese di gestione in loco	192.780,00	9,64%	192.780,00		
5. Acquisto di servizi	11.580,00	0,58%	11.580,00		
6. Comunicazione, relazioni esterne e divulgazione dei risultati	39.080,00	1,95%	39.080,00		
7. Monitoraggio e valutazione	28.000,00	1,40%	28.000,00		
Totale costi diretti	1.852.016,00	92,59%	1.651.838,72	185.472,76	
Costi Indiretti max 8 %	148.161,28	7,41%	148.161,28		
TOTALE GENERALE	2.000.177,28	100%	1.800.000,00	185.472,76	14.704,52

12. PRIORITÀ SETTORIALI E GEOGRAFICHE

La proposta si colloca nel Lotto 1 (Paesi prioritari) risponde alle priorità settoriali relative all'Africa: servizi di base (salute); uguaglianza di genere e protezione dei minori, con riferimento alle pari opportunità ed empowerment delle donne; promozione dei diritti delle persone con disabilità.

13. INFORMAZIONI AMMINISTRATIVE E DI ACCOUNTABILITY

Nome, email, telefono del Legale Rappresentante

Dante Carraro
d.carraro@cuamm.org
 +39 049 8751279

Nome, email, telefono del Referente dell'Iniziativa

Fabio Manenti
f.manenti@cuamm.org
 +39 049 8751279

Nome, email, telefono del Rappresentante Paese

Chiara Biffi c.biffi@cuamm.org 00251.116612712 00251.116620360			
<i>Indirizzo della sede del Soggetto Proponente nel paese di svolgimento dell'Iniziativa</i>			
Sub City Bole, Kebele 03/05, House nr. 4040, P.O. Box 12777, Addis Ababa			
<i>CF o PI del Soggetto Proponente</i>			
CF 00677540288			
<i>Tipo e data di Registrazione del Soggetto Proponente nel paese di svolgimento dell'Iniziativa (se disponibile), in caso contrario motivarne l'assenza verificando la coerenza con quanto richiesto dal Bando.</i>			
Certificato di Registrazione e Licenza presso la locale Charities and Societies Agency, rilasciata in data 21 dicembre 2015 (vedesi Allegato N.9)			
Soggetto Proponente	2015	2016	2017
1. Saldo di Bilancio Annuale Certificato (+/-)	7.694 €	11.848 €	28.358 €
2. Importo Raccolta Fondi da Privati	9.732.113 €	11.505.776 €	13.237.069 €
3. Importo totale finanziamento progetti da AICS	2.045.236 €	2.853.302 €	3.458.664 €
4. Importo totale finanziamento progetti da UE	306.144 €	733.580 €	16.914 €
5. Importo totale finanziamento progetti da altri Donatori Istituzionali diversi dall'AICS e UE	9.173.603 €	8.474.687 €	11.703.706 €
6. Totale numero progetti istituzionali realizzati	81	73	82
7. Numero Dipendenti, Collaboratori, Consulenti Volontari di Sede in Italia	49	55	60
8. Numero Dipendenti, Collaboratori, Consulenti, Volontari all'Estero	250	421	552

14. ALLEGATI
<i>Fornire elenco della documentazione aggiuntiva trasmessa per la partecipazione alla procedura, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera c) del Bando</i>
Allegato N 6 Preventivi di spesa e documentazione fotografica Allegato N.7 Guidelines e booklet nazionale per le formazioni previste Allegato N 8 Mappa del South Omo Zone Allegato N. 9 Certificato registrazione CUAMM in Etiopia Allegato N. 10 Certificato registrazione CIAI in Etiopia