



Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo

PROPOSTA DI FINANZIAMENTO

ETIOPIA

**INTERVENTO PER RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE
GEOGRAFICHE IN AFAR, GAMBELLA,
BENISHANGUL-GUMUZ E SOMALI
CON COMPONENTI DI GENERE E NUTRIZIONE**

***Proposta di finanziamento
Bilaterale/dono***

Ufficio proponente:

- **Sede di Addis Abeba/Etiopia**

(Aprile/2019)

A. INDICE

B. ACRONIMI	3
C. OGGETTO DELLA PROPOSTA DI FINANZIAMENTO	5
1. DATI IDENTIFICATIVI DELL'INIZIATIVA.....	5
2. PRESENTAZIONE DELL'INIZIATIVA	7
2.1 Sintesi dei contenuti del documento di progetto	7
1.2 Sintesi dei costi e Piano Finanziario	11
3. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO NELL'AMBITO DELLA COOPERAZIONE ITALIANA ED EUROPEA	12
4. VALUTAZIONE TECNICO-ECONOMICA (VTE).....	13
4.1 Coerenza e rilevanza dell'Iniziativa nel contesto locale.....	13
4.2 Analisi dei bisogni ed esigenze di intervento	14
4.3 Strategia di intervento	15
4.4 Beneficiari.....	16
4.5 Correlazione fra Obiettivi, Risultati ed Attività	16
4.6 Partner finanziatori e Modalità di finanziamento.....	17
4.7 Responsabilità esecutiva	17
4.8 Metodologia e Modalità di gestione ed esecuzione	18
4.9 Modalità di realizzazione	19
4.10 Condizioni per l'avvio	20
4.11 Piano Finanziario	21
4.12 Sostenibilità, replicabilità	24
4.13 Rischi e misure di mitigazione	25
4.14 Monitoraggio e Valutazione dei risultati.....	26
4.15 Gestione delle conoscenze e strategia di comunicazione.....	26
5. CONSIDERAZIONI GENERALI E CONCLUSIONI	26
6. ELENCO ALLEGATI.....	27

B. ACRONIMI

ANC	AnteNatal Care
APTS	Auditable Pharmaceutical Transaction System
ART	AntiRetroviral Therapy
EDHS	Ethiopian Demographic Health System
FMOH	Federal Ministry Of Health
GOE	Government Of Ethiopia
GOI	Government of Italy
HC	Health Center
HDA	Health Developing Army
HEP	Health Extension Package
HEW	Health Extension Worker
HMIS	Health Management Information System
HP	Health Post
HRIS	Health Resource Information system
HSSSD	Health System Special Support Directorate
IDP	Internally Displaced People
IGAD	InterGovernmental Authority on Development
IPLS	Integrated Pharmaceutical Logistic System
MAM	Moderate Acute Malnutrition
MDG	Millenium Development Goals
MOF	Ministry Of Finance
NNP	National Nutrition Program
PHC	Primanry Health Care
PIC	Person In Charge
PMTCT	Prevention Mother To Child Transmission
PNC	PostNatal Care
RA	Risultato Atteso
RE	Regioni Emergenti
RHB	Regional Health Bureau
SAM	Severe Acute Malnutrition
SAR	Semi-Annual Report
SC	Steering Committee
SDG	Suistanaible Developement Goals
TAMU	Techninical Assistance Monitoring Unit
WASH	Water, Sanitation Hygiene
WDA	Women Development Army
WMS	Woreda Management Standard

C. OGGETTO DELLA PROPOSTA DI FINANZIAMENTO

La presente Proposta di Finanziamento si riferisce all'Iniziativa "Intervention to reduce geographical inequities in 4 Emerging Regions (Afar, Gambella, Benishangul Gumuz and Somali) with gender and nutrition component" di cui al Documento di Progetto presentato dal Federal Ministry of Health dell'Etiopia in data 12.04.2019.

1. DATI IDENTIFICATIVI DELL'INIZIATIVA

Titolo in italiano (max 150 caratteri)	Intervento per ridurre le disuguaglianze geografiche in Afar, Gambella, Benishangul-Gumuz e Somali con componenti di genere e nutrizione.			
Titolo in inglese (max 150 caratteri)	Intervention to reduce geographical inequities in 4 Emerging Regions (Afar, Gambella, Benishangul Gumuz and Somali) with gender and nutrition component.			
Canale (multilaterale/ bilaterale/ multilaterale)	Bilaterale			
Costo complessivo stimato	Euro	2.950.000	%	100
-Partecipazione finanziaria richiesta a dono	Euro	2.950.000	%	100
-Partecipazione finanziaria richiesta a credito	Euro	0	%	
-Altre partecipazioni finanziarie:				
▪ <i>Partner locale</i>	Euro	0	%	
▪ <i>Altri (es. blending UE)</i>	Euro	0	%	
▪				
Paese beneficiario	Etiopia			
Località d'intervento:	Regioni cosiddette Emergenti: Afar, Gambella, Benishangul-Gumuz e Somali.			
Settore OCSE-DAC	12220, 12261, 12281, 13040			
Ente/i esecutore/i	Regional Health Bureaus (RHBs) delle 4 Regioni Emergenti - 12002			
Tipo di aiuto / Type of aid	C01			
Breve descrizione in inglese: (max 3.000 caratteri)	The project aims at improving the health system in the four Emerging Regions with a special attention to gender and nutrition component. The strategy is from the Action Plan for the four Emerging Regions developed by the FMOH, especially it's focused on the engagement of the community, on the improvement of the human resources development and administration, on the improvement of the supply chain and logistics management and on providing an equitable access to quality health care services. The outcome will be the improvement of the health indicators related to the four Emerging Regions, specifically three indicators. Those three indicators are the DLIs of other loan component of Italian contribution to SDG PF, other program in supporting the four Emerging Regions.			
Durata Indicare il numero dei mesi di durata, oltre che le date – anche stimate – di avvio e chiusura del progetto.	36 mesi Data di avvio stimata Giugno 2019 Data di chiusura stimata Dicembre 2021			
SDGs (Sustainable Development Goals): Indicare	SDG e Target prioritario: SDG 3 (3.1, 3.2, 3.7,			

<i>possibilmente un solo SDG prioritario, quello prevalente, e un solo Target. Aggiungere eventuali altri SDG e Target secondari.</i>	3.8 e 3.c) Altri eventuali obiettivi e target secondari: SDG 2 (2.1 e 2.2), 5 (5.5 e 5.6) e 10 (10.2 e 10.4)
Policy Objectives (Tema) OCSE DAC:	Gender Equality Policy Marker (significant); Aid to environment (not targeted); Participatory Development/ Good Governance (not targeted) Trade development marker (not targeted);
Rio Markers:	Biodiversity (not targeted); Climate change (not targeted); Desertification (not targeted); Adaptation (not targeted);
Markers socio-sanitari:	Disabilità (Not screened); Salute materna - Contributions to reproductive, maternal, newborn and child health (Explicit Primary objective); Minori (Explicit Primary objective)
Programme-based approach (PBA):	☐ SI x NO
Grado di slegamento:	X Legato importo €450.000,00 X Slegato importo € 2.500.000,00 ☐ Parzialmente slegato importo €

2. PRESENTAZIONE DELL'INIZIATIVA

2.1 Sintesi dei contenuti del documento di progetto

L'iniziativa proposta prevede di contribuire all'azione nazionale di settore per contrastare le disuguaglianze sanitarie tuttora presenti nelle Regioni cosiddette Emergenti, (RE) che sono Afar (Nord Ovest), Somali (Sud Ovest), Gambella (Est) e Benishangul-Gumuz (Est). Tali disuguaglianze sono causa ed effetto della scarsa qualità del servizio sanitario esistente e della bassa domanda dei servizi sanitari da parte della popolazione che vi abita.

L'Etiopia ha dimostrato grandi capacità nel trasformare il proprio sistema sanitario attraverso il rafforzamento della PHC, l'introduzione del HEP¹ e l'attuazione di un sistema decentrato che dà potere di esecuzione diretta alle regioni tanto da raggiungere il MDG 4 (ridurre la mortalità <5 anni di due terzi) tre anni prima della scadenza del 2015 e il MDG 6 (dimezzare la prevalenza HIV, garantire l'accesso alle cure ART e dimezzare l'incidenza della malaria e di altre malattie trasmissibili). Pur non riuscendo a conseguire il MDG 5 sulla salute materna, si deve apprezzare comunque un miglioramento rimarchevole della riduzione della mortalità materna pari al 69%. Nonostante quanto detto, il FMOH ha riconosciuto che le suddette quattro Regioni non riportano dei risultati paragonabili alla media nazionale e che i dati disaggregati presentano delle variazioni e disparità regionali che evidenziano la bassa performance delle quattro Regioni Emergenti.

Alla luce di ciò, il FMOH ha istituito un'agenzia dedicata, Health System Special Support Directorate (HSSSD), in grado di fornire assistenza tecnica ed effettuare frequenti supervisioni in loco ai fini di motivare il personale sanitario e migliorare il servizio offerto. Il suddetto HSSSD ha sviluppato il Piano di Azione 2016-2020 sulle RE, il *"Transforming Health Status and Health Systems in the Developing Regional States and selected Zones with Suboptimal Performance, Equitable health Services for all"*.

In quest'ultimo manuale viene analizzata la situazione esistente e identificati i maggiori problemi, i quali sono di seguito sintetizzati:

- La mancanza di personale sanitario formato nelle aree rurali dovuta al difficile raggiungimento dei presidi sanitari, alle condizioni precarie di vita in quei contesti (mancanza di acqua, di infrastrutture, di mezzi di trasporto) e talvolta alla situazione di insicurezza, che caratterizza soprattutto i siti di confine, comporta la concentrazione di tali figure professionali nei centri urbani. Inoltre si nota la difficoltà a reperire persone con un minimo livello educativo che possano essere ulteriormente formate come HEW comportando perciò la necessità di assumere HEW da Kebele differenti; viene pertanto a mancare il legame con la comunità, basilare per l'intervento sanitario fornito a livello del HP. Il risultato di quanto descritto consiste in un altissimo turnover del personale e altrettanto assenteismo soprattutto nei HP.
- La scarsa struttura di gestione decentrata del sistema sanitario dalla Woreda alla Regione si caratterizza per l'incapacità di realizzare le supervisioni di supporto, che genera un'assenza di controllo della qualità del servizio offerto, e di organizzare regolari Review meeting atti al monitoraggio interno della performance e del progresso verso i target previsti. Si evidenzia, inoltre, la criticità a livello regionale nell'elaborare piani programmatici in grado di indirizzare gli interventi e di soddisfare i bisogni. Infine, la

¹ Health Extension Programme: e' un pacchetto di servizi essenziali di promozione e di prevenzione offerti in ogni Kebele (l'unità amministrativa più piccola) grazie all'istituzione della figura dell'HEW (Health Extension Worker) che opera nel HP (Health Post). E' il primo servizio sanitario a cui accedono i nuclei familiari, pertanto e' la prima struttura sanitaria facente parte della PHC (Primary Health Care).

manca di persone istruite comporta che nei Woreda Health Office (unità amministrative sanitarie distrettuali) vi siano delle risorse umane che non possiedono i requisiti necessari per gestire le strutture sanitarie di propria competenza.

- Il sistema di raccolta dati è spesso povero di termini di qualità in quanto molti indicatori non vengono registrati, il sistema informatico digitalizzato non è attivo per mancanza di personale capace o per mancanza di elettricità. Ciò comporta quindi una raccolta dati elaborata ancora manualmente con un margine di errore molto alto. Oltre a quanto detto, i rapporti non vengono inviati alla Woreda di riferimento nei tempi previsti per problemi logistici o anche di sicurezza.
- La gestione finanziaria è scarsa a causa della mancanza di personale qualificato e da ciò deriva che non vi è un buon utilizzo del budget né un piano finanziario soddisfacente. Inoltre spesso non è istituita l'assicurazione sanitaria² che potrebbe complementare le risorse disponibili.
- Il sistema sanitario esistente è infrastrutturalmente inadeguato nelle RE poiché spesso non vi è acqua corrente, elettricità, internet, connessione telefonica, latrine e sistema di smaltimento delle acque reflue o una struttura residenziale per la ritenzione del personale sanitario. Bisogna anche sottolineare come il sistema attuale non risponda ai bisogni di una popolazione nomade, quale quella pastorale che abita le RE.

Oltre a quanto detto, è presente e incidente una cultura molto arretrata tipica delle popolazioni abitanti le RE che conduce alla diffidenza nei confronti del servizio sanitario e porta con sé ancora una diffusa violenza di genere o pratiche tradizionali pericolose (quali l'infibulazione) sulle quali è difficile avere un dialogo costruttivo.

La risposta del FMOH è ben definita e strutturata in un piano d'azione suddiviso in 9 strategie:

- Strategia 1: Rafforzare la *leadership*, la *governance* e il *management*
L'intervento principale in questa strategia comprende dei corsi di formazione specifici per i leaders dei centri di salute e degli uffici di Woreda (distretto) affinché la loro motivazione, la loro *accountability* e la loro capacità gestionale migliorino e siano d'esempio per il personale a loro afferente;
- Strategia 2: Consolidare l'impegno e la partecipazione della comunità
Considerando il coinvolgimento della comunità basilare per la PHC, le azioni si concentrano sulla mobilitazione sociale attraverso la creazione d'istituzioni consolidate e riconosciute, quali HDA e HEP, e con meccanismi partecipativi e motivazionali, come le model households e le kebele graduation .
- Strategia 3: Migliorare le capacità delle risorse umane e la loro gestione
In particolare, comprende interventi per la retention dello staff sanitario, quali la costruzione di una infrastruttura abitativa per lo staff operante in zone particolarmente rurali adiacente al HC o all'ospedale primario.
- Strategia 4: Ottimizzare le infrastrutture sanitarie
Include sia la costruzione stessa di centri di salute in aree sprovviste o carenti, sia la fornitura dei servizi di elettricità (se possibile solare), del sistema di WASH&sanitation e della costruzione dell'inceneritore negli stessi.
- Strategia 5: Risanare la catena di approvvigionamento e la logistica
L'implementazione, in particolare, di *Auditable Pharmacy Transactions and Services* (APTS) diventa la chiave di volta per assicurare la disponibilità continuativa di medicinali nei centri di salute.
- Strategia 6: Rafforzare la mobilitazione di risorse, il *Health Care Financing* e la sinergia con i DPS

² CBHI: Community Based Health Insurance, e' lo strumento assicurativo ideato dal FMOH per rendere universale l'accesso alle cure anche da parte di persone povere. Infatti, gli indigent sono completamente esenti dal pagamento del servizio sanitario, mentre le altre persone, in base alla situazione socio-economica, pagano un certo ammontare di polizza assicurativa proposta e gestita a livello di Woreda, nella logica che chi ha piu' risorse finanziarie paga anche per chi non ne ha a disposizione.

Grande enfasi viene data al *Community Based Health Insurance* che si preannuncia come strumento per abbattere le inequità e garantire l'accessibilità al servizio sanitario.

- **Strategia 7:** Migliorare i risultati relativi alla salute attraverso un accesso equo ai servizi sanitari di qualità

Comprende un'azione che da una parte vada ad aumentare la domanda del servizio attraverso la mobilitazione sociale e dei learders religiosi e dall'altra garantisca i centri di salute ben equipaggiati, con personale qualificato disponibile 24/7 ed empatico al fine di migliorare il rapporto etico fra professionista di salute e paziente.

- **Strategia 8:** Migliorare la resilienza al fine di prevenire e gestire le emergenze.

In considerazione che le quattro Regioni emergenti sono più inclini a disastri naturali quali inondazioni, siccità e epidemie, è necessario sviluppare un sistema in grado di identificare precocemente eventuali emergenze sanitarie e saperle prevenire prima della diffusione. Le istituzioni regionali responsabili di ciò sono il *Regional Health Emergency Management Body* e il *Regional Disaster Preparedness and Response Body*, entrambe con fondi propri dedicati.

- **Strategia 9:** Migliorare la ricerca e l'evidenza scientifica.

Si collega alla Transformation Agenda dell'Information Revolution poiché l'uso e la diffusione dei dati sono la chiave per una programmazione efficace ed efficiente.

La proposta progettuale pervenuta a questa sede AICS in data 12.04.2019 mira a contribuire alla realizzazione di un sistema sanitario efficiente ed efficace, con focus particolare sull'uguaglianza e sulla qualità dei servizi. Le quattro RE sono già beneficiarie di interventi specifici della strategia sopra descritta implementati dal FMoH e dalle RE stesse, ma il contributo AICS si propone di incidere maggiormente sulla componente nutrizione e gender nelle RE attraverso attività incluse nella strategia governativa.

I beneficiari indiretti comprendono tutta la popolazione delle RE: il totale risulta essere 9.530.151 (Somali 6.050.922, Afar 1.901.648, Gambella 468.016 e Benishangul Gumuz 1.109.565).

I beneficiari diretti sono calcolati in base ai DLIs forniti dalla controparte etiopica e sono in totale 623.081, suddivisi per regione come nella tabella qui sotto.

	Afar	Somali	Benishangul	Gambella	Totale
Beneficiari	91.263	330.466	150.443	50.909	623.081

L'obiettivo generale consiste nel ridurre le disuguaglianze geografiche con riferimento al gender e nutrizione attraverso il rafforzamento delle Regioni Emergenti.

L'obiettivo specifico invece mira a migliorare il sistema di salute nelle RE attraverso il capacity building del personale sanitario, l'offerta di servizi sanitari di qualità elevata e grazie al coinvolgimento della comunità, con un focus sul gender e sulla nutrizione.

I risultati attesi derivano dalla strategia nazionale sovra citata e sono perciò riassumibili come segue:

RA1. La comunità è coinvolta e attiva.

RA2. Il personale sanitario è rafforzato con training e capacity building

RA3. Il *supply chain* e la logistica sono migliorati

RA4. L'accesso al servizio sanitario è equo e migliorato anche in termini qualitativi

Nella tabella sottostante si riportano gli indicatori per il monitoraggio dei risultati attesi. Questi indicatori sono i DLIs relativi alla componente del credito d'aiuto del programma "Contributo italiano al SDG PF" sviluppati d'orchestra con il MoH, ponendo come sorgente informativa per la verifica dei dati la survey EDHS realizzata ogni 5 anni dal MoH stesso. La necessità di predisporre degli stessi indicatori per la componente a credito del SDG PF e della presente

iniziativa è dovuta al fatto che entrambi condividono l'obiettivo specifico di miglioramento dei servizi sanitari nelle quattro RE e di fatto implementano la stessa strategia d'azione, seppur a livelli differenti, l'uno a livello nazionale e l'altro a livello regionale.

	Indicatore	AFAR		SOMALI		BENISHANGUL		GAMBELLA	
		Baseline	Target	Baseline	Target	Baseline	Target	Baseline	Target
1	Percentuale di parti istituzionali	16,4%	19%	20%	22%	28,6%	30%	46,9%	48%
2	Copertura Penta 3 (<1 anno)	20,1%	23%	36,3%	39%	76,2%	79%	54,8%	58%
3	Percentuale bambini 6-59 mesi che ricevono l'integratore di Vit. A	35%	36%	36%	37%	63,7%	64,5%	56,8%	58%

Essendo la proposta basata sul documento strategico governativo, le attività identificate sono valide per tutte le quattro RE, con budget differenti come indicato nella tabella sottostante. Da questa, si evince che la componente che prevede maggior fondi è quella relativa al RA1. Ciò rileva come la comunità svolga un ruolo fondamentale per raggiungere l'obiettivo specifico poiché le strutture sanitarie fornite e ben equipaggiate in questi particolari contesti rurali non sono sufficienti a modificare gli indicatori di salute, appare pertanto essenziale la volontà della comunità ad accedere al servizio (il cosiddetto *health seeking behaviour*).

	AFAR	SOMALI	GAMBELLA	BENISHANGUL	Totale
RA1	250.000,00	500.000,00	45.409,76	116.108,00	911.517,76
RA2	68.988,39	400.000,00	22.030,00	53.876,30	544.894,69
RA3	20.000,00	100.000,00	22.100,00	31.153,70	173.253,70
RA4	100.000,00	396.832,89	18.500,00	55.000,96	570.333,85
Totale	438.988,39	1.396.832,89	108.039,76	256.138,96	2.200.000,00

Per il RA 1, vengono comprese le seguenti attività:

- attività di mobilitazione sociale della comunità sulla lotta alle pratiche e tradizioni pericolose
- training per WDA³ in aree semi pastorali
- supportive supervision e monitoraggio per la creazione di Model Kebele, PHCU ad alta performance e School nutrition program
- training dedicato al personale femminile per creare una leadership femminile
- supporto per la performance review sul gender e nutrizione

Per il raggiungimento del RA 2 si elencano di seguito le attività:

- supporto all'implementazione del HRIS⁴
- training per il personale sanitario sull'*Information Agenda, Compassionate, Respectful and Caring*⁵

³ Women Development Army: sono donne della comunità che in modo gratuito lavorano per il FMOH al fine di innalzare la richiesta e utilizzo dei servizi sanitari da parte della comunità. Esse fanno riferimento al HP dove gli HEWs forniscono loro le informazioni per la prevenzione e promozione della salute nella comunità. Ogni donna ha un mandato di disseminazione delle informazioni ad altre 5 donne secondo lo schema 1:5.

⁴ Human Resource Information System: è il Sistema digitalizzato di registrazione del personale sanitario al fine di rendere più flessibile e adatta alle esigenze la distribuzione e assegnazione del personale nelle strutture sanitarie.

- supporto all'attuazione del Woreda Management Standard (WMS)

All'interno del **RA 3** si elencano le seguenti attività:

- formazione per il personale sanitario su IPLS (*Integrated Pharmaceutical Logistic System*) e APTS (*Auditable Pharmaceutical Transaction System*)⁶
- sensibilizzazione della popolazione sull'uso razionale dei medicinali

Per il **RA 4**, si citano attività qui sotto elencate:

- training allo staff sanitario per migliorare la copertura del servizio antenatale
- training allo staff sanitario su PMTCT⁷
- training al personale sanitario sulle vaccinazioni, salute infantile e interventi di nutrizione
- supporto all'implementazione di outreach per offrire il servizio di vaccinazioni in aree remote
- supporto ad interventi di nutrizione materna e < 5 anni in particolare attività per MAM (Moderate Acute Malnutrition) e SAM (Severe Acute Malnutrition).

La realizzazione della presente iniziativa sarà a carico delle autorità regionali competenti, ovvero i RHB (Regional Health Bureau), i quali riceveranno i fondi su un conto dedicato in base al criterio della popolazione di riferimento, come indicato dalla tabella sottostante:

Regione	Popolazione		Budget Euro
	Totale	Percentuale	
Somali	6.050.922	63%	1.396.832,89
Gambella	468.016	5%	108.039,76
Afar	1.901.648	20%	438.988,39
Benishangul-Gumuz	1.109.565	12%	256.138,96
Totale	9.530.151	100%	2.200.000

Il disborso dei fondi avverrà in due erogazioni, una prima tranche consistente in 1.500.000 Euro e una seconda da 700.000 Euro, le cui condizioni saranno determinate nell'Accordo Tecnico che verrà firmato fra i due Governi.

Si prevede inoltre un ammontare di 750.000 Euro, di cui 450.000 per l'Assistenza Tecnica (fondo Esperti) e 300.000 Euro per il supporto logistico e i costi di funzionamento (gestione in loco) presso AICS Addis Abeba.

La durata del progetto è stimata di 18 mesi per permettere lo svolgimento delle attività nel miglior ed efficace modo possibile. Si ricorda che i RHBs delle Regioni in questione dimostrano basse capacità manageriali e pertanto un supporto costante deve essere garantito dalla Sede AICS Addis Abeba anche nella fase preliminare di scrittura dei Piani d'azione.

1.2 Sintesi dei costi e Piano Finanziario

N.	Voci di spesa	Costo stimato (Euro)	% sul Tot. compl.
----	---------------	----------------------	-------------------

⁵ E' uno dei 4 Agenda Transformation del HSTP per rendere il personale sanitario piu' empatico e di conseguenza la popolazione piu' incline ad utilizzare i servizi di salute

⁶ Sono due sistemi integrati che hanno migliorato notevolmente la gestione dei medicinali e dei materiali consumabili delle strutture sanitarie etiopiche.

⁷ Prevention Mother To Child Transmission: consiste nell'assicurare che la donna in eta' fertile esegua il test HIV in modo da conoscere il proprio stato e assuma la terapia antiretrovirale il prima possibile soprattutto in vista di una gravidanza. Inoltre, il servizio prevede di effettuare test anche al neonato e di agire clinicamente di conseguenza.

		Fonti di finanziamento						
		Italia			Altri			
		Annualità			Annualità			
		1a	2a	3a	1a	2a	3a	
	Dono art.7 l.125/14	1.500.000	700.000					
	Assistenza tecnica (Fondo Esperti)	50.000	200.000	200.000				
	Supporto logistico e funzionamento (gestione in loco)	300.000						
	Totale per annualità	1.850.000	900.000	200.000				
	Totale per fonte di finanziamento	2.950.000						
	% per fonte di finanziamento	100%						
	Totale complessivo	2.950.000						

3. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO NELL'AMBITO DELLA COOPERAZIONE ITALIANA ED EUROPEA

La documentazione utilizzata e consultata al fine dell'identificazione e scrittura della presente proposta di finanziamento include:

- Documento triennale di programmazione e di indirizzo e aggiornamento 2017-2019;
- Legenda OCSE-DAC;
- Definizione degli OSS e relativi *Targets*, *Agenda 2030*;
- Marker Efficacia, Tabella;
- *International Health Partnership Global Compact (IHP+)*;
- *Ethiopia IHP Country Compact*;
- *Growth and Transformation Plan II* (GTP - Programma Nazionale di sviluppo quinquennale);
- FMOH, *Health Sector Transformation Plan (HSTP)*;
- Central Statistical Agency (CSA), EDHS 2016, July 2017;
- FMOH, *Health & Health Indicator*, 2010 EFY
- FMOH, *State of Inequality in Ethiopian Health Sector*, EFY 2008 (2016-2017)
- FMOH, *Health Harmonization Manual*;
- *National Nutrition Program 2016-2020 - NNP II*
- *European Joint co-operation Strategy with Ethiopia 2017-2020*;
- *Joint European nutrition Strategy for Ethiopia 2016-2020*;
- FMOH, *Annual Performance Report EFY 2011 (2018/2019)*;
- FMOH, *Transforming Health Status and Health systems in the Developing Regional States and selected Zones with Suboptimal Performance, Equitable health services for all. Plan of Action 2016-2020*, January 2016;
- *Ethio-Italian Framework of Cooperation – 2017-2019*.

4. VALUTAZIONE TECNICO-ECONOMICA (VTE)

Con riferimento al Documento di progetto concordato con le Autorità locali e/o OOII, si fornisce una **valutazione tecnico-economica** (VTE) in merito ai seguenti punti:

4.1 Coerenza e rilevanza dell'Iniziativa nel contesto locale

L'iniziativa qui alla proposta rientra nel piano quinquennale governativo (HSTP, *Health Transformation Plan*) in quanto in questo si trova, tra i vari obiettivi, l'obiettivo P1 "Migliorare l'accesso equo ai servizi di qualità" che mira al raggiungimento di due risultati, ovvero l'utilizzo del servizio sanitario è aumentato e la copertura del servizio sanitario raggiunge la popolazione in modo omogeneo sul territorio riducendo le disuguaglianze di salute registrate.

Inoltre, uno dei quattro pilastri strategici detti *Transformation Agenda*, ribadisce la necessità di avere un servizio sanitario di qualità ed accessibile a tutti. Nel tempo, sono state identificate le aree particolarmente svantaggiate e questa necessità si è articolata in un piano d'azione strategico per rafforzare quei contesti regionali, ovvero le quattro RE, affinché le persone che vi risiedono accedano ad un servizio sanitario di qualità ed equo. Da ciò si comprende che il Ministero della Salute etiopico ha intenzione di rispondere in modo puntuale ed efficace al problema delle disuguaglianze di salute presenti nel suo territorio. Oltre a quanto detto, il FMOH ha già predisposto nel suo HSTP un'attenzione particolare per l'uguaglianza di genere che questo intervento adotta e traduce in attività atte alla promozione della leadership femminile, oltre alle attività volte proprio alle donne. Per quanto concerne il cross cutting della nutrizione, l'iniziativa è in linea con il documento nazionale pluriministeriale *National Nutrition Program 2016-2020 - NNP II*, inserendo nel proprio quadro logico delle attività *nutrition specific*.

L'Italia ha preso in carico questa necessità di ridurre le disuguaglianze di salute formulando nel Programma Paese 2017-2019 due iniziative a supporto della strategia governativa sopra menzionata, della quale si forniscono dettagli ulteriori nel paragrafo 4.3. Entrambi gli interventi comprendono la componente di Genere e Nutrizione sulla base che questi temi *cross-cutting* sono essenziali per garantire uno sviluppo inclusivo e sostenibile. Inoltre, il Programma Paese 2017-2019 individua le istituzioni decentralizzate fondamentali per l'efficacia degli interventi in programma, come in questa proposta progettuale dove le autorità sanitarie regionali sono gli effettivi implementatori delle attività.

Inoltre, si evidenzia che la presente proposta è in linea con quanto identificato prioritario da AICS nel "Documento triennale di programmazione e d'indirizzo e aggiornamento 2017-2019", ovvero il miglioramento dell'accesso ai servizi da parte delle fasce più deboli della popolazione che vive nelle aree rurali e la salute materno-infantile. Infine, si riscontra anche un'omologa base di pensiero con le "Linee guida per uguaglianza di genere e empowerment delle donne" della DGCS, in particolare nell'attenzione data alla salute materna, alle cure ante e post natali e al parto sicuro per assicurare la massima assistenza nel momento più fragile e importante della vita delle donne.

Il Programma Paese 2017-2019 è stato formulato in modo armonico e complementare con quanto stipulato dall'Unione Europea nella Country Agenda 2017-2020. In particolare, una delle priorità individuate e messe in evidenza riguarda il miglioramento del sistema sanitario con un focus speciale sul genere che si esplica nel progetto recentemente avviato sui Determinanti Sociali. Quest'ultimo progetto consta in azioni integrate sulla salute materna, sul WASH e sulla nutrizione, mentre il gender sarà *mainstreaming* come già accennato.

Sul piano internazionale, la proposta è in armonia con l'Agenda 2030 e con il suo motto *No one will be left behind*. In particolare, comprende principalmente l'Obiettivo per lo Sviluppo

Sostenibile n. 3 “Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età” (target 3.1, 3.2, 3.7, 3.8, 3.c) e secondariamente agli Obiettivi di Sviluppo n. 2 “Porre fine alla fame, realizzare la sicurezza alimentare e una migliore nutrizione e promuovere l'agricoltura sostenibile” (target 2.1 e 2.2), n. 5 “Raggiungere l'uguaglianza di genere ed emancipare tutte le donne e ragazze” (target 5.5 e 5.6) e n. 10 “Ridurre l'ineguaglianza all'interno di e fra le nazioni” (target 10.2 e 10.4).

4.2 Analisi dei bisogni ed esigenze di intervento

Si rammenta che la presente proposta si collega alla componente di credito d'aiuto del programma “Contributo italiano al SDG PF”, anch'esso finalizzato al miglioramento del servizio sanitario nelle quattro RE. Entrambi i programmi pertanto presentano gli stessi indicatori e agiscono con la stessa strategia, quella governativa, in modo complementare. La scelta italiana di dedicare due interventi a sostegno del miglioramento del sistema sanitario nelle quattro RE è dovuta alla constatazione della bassa performance che queste quattro RE realizzano ogni anno. Di questo il FMOH ne ha preso coscienza elaborando nel 2016 un piano d'azione quinquennale. Per offrire una rapida visione di cosa significhi bassa performance, si include la tabella sottostante, i cui dati sono ricavati dall'ultimo “*Health&Health related Indicators*” del 2017/2018.

Regione	ANC4	Parti Istituzionali	PNC	Penta 3	Fully imm.	<5 anni che ricevono VIT. A
Afar	61%	40%	49%	82%	72%	14%
Somali	58%	35%	51%	77%	67%	26%
Ben-Gu	56%	49%	78%	97%	92%	75%
Gambella	17%	37%	34%	85%	69%	51%
Nazionale	72%	66%	77%	96%	87%	59%

La copertura della quarta visita antenatale arriva al 72% a livello nazionale, ma in Gambella registra solo il 17%, mentre la copertura delle visite postnatale ha una media nazionale di 66% contro il 34% di Gambella. La percentuale di parti assistiti da personale qualificato è di solo 35% nella Regione Somali e di 37% in Gambella contro il 66% della media nazionale. Anche negli indicatori relativi alle vaccinazioni neonatali le quattro RE riportano dati sotto la media nazionale. Dati molto scoraggianti riguardano l'integratore di Vit. A somministrato ai bambini <5 anni, considerato indicatore nutrizionale, dove anche la media nazionale riporta solo il 59% di copertura sul Paese, in Afar si arriva addirittura al 14% e in Somali al 26%, ciò significa che solo 1/10 in Afar riceve l'integratore e meno di tre bambini su dieci in Somali, lasciando la quasi totalità dei bambini <5 anni privati di ciò.

Un altro documento pertinente, “*State of inequality in Ethiopian Health Sector*”, è stato pubblicato dal FMOH nel 2016/2017. È il frutto di un'analisi accurata delle survey realizzate su tutto il Paese nel passato per indagare le disuguaglianze di salute di cui il settore sanitario soffre. Attraverso questo studio, si hanno a disposizione delle evidenze che supportano scientificamente le disuguaglianze di salute che esistono fra le varie regioni, fra contesto urbano e rurale, e fra i gruppi di popolazione, quali ricchi/poveri, uomini/donne, letterati/illetterati. Qui sono riportati dei dati impressionanti; ad esempio la mortalità < 5 anni varia da regione a regione e la più alta differenza è registrata proprio nelle quattro RE (Benishangul-Gumuz -80, Afar -38, Gambella -34 e Somali -33), mentre per la mortalità materna, il numero più alto di morti materne si registra in Somali e Afar (rispettivamente 743 e 717), che risulta essere tre volte maggiore della mortalità registrata in capitale (234).

Per quanto riguarda le singole regioni, si riporta di seguito una tabella riassuntiva delle caratteristiche principali, quali popolazione in area urbana e rurale, istruiti e non, tratti dall'ultimo censimento⁸.

Regione	Contesto urbano	Contesto rurale	Istruiti regionale	Istruiti maschi	Istruiti femmine
Afar	15%	85%	17,3%	19,4%	14,6%
Somali	14%	86%	14%	15%	12,6%
Ben-Gu	13,5%	86,5%	39,5%	48,1%	30,7%
Gambella	25%	75%	49,5%	56,4%	42%

Come si evince facilmente dai dati forniti, la maggior parte delle persone delle quattro RE vive in un contesto rurale e neanche la metà risulta istruito, in Afar e Somali particolarmente neanche il 20%. Con tali caratteristiche, le quattro RE riportano i dati di disuguaglianza di salute concernente il contesto rurale e alla popolazione non istruita elaborati nel documento sopramenzionato, *"State of inequality in Ethiopian Health Sector"*. Per esempio, i bambini, i cui genitori non sono istruiti, dimostrano di avere maggior possibilità di essere *stunted* (c'è una differenza del 30% fra mamme istruite e non). Inoltre, vi è associazione fra la mortalità <5 anni e il livello d'istruzione e il contesto abitativo, ovvero la mortalità < 5 anni è significativamente più alta nei bambini figli di genitori non istruiti e residenti in un contesto rurale.

Per quanto detto, le quattro RE hanno caratteristiche tali che le rendono particolarmente bisognose di un'attenzione speciale e dedicata per riscattarsi e soprattutto per raggiungere e coinvolgere propriamente la comunità, beneficiaria finale del servizio sanitario.

4.3 Strategia di intervento

L'iniziativa proposta si basa e si allinea in tutte le sue parti alla strategia governativa, già descritta al paragrafo 2.1, che comprende un piano d'azione quinquennale denominato *Transforming Health Status and Health systems in the Developing Regional States and selected Zones with Suboptimal Performance, Equitable health services for all. Plan of Action 2016-2020*.

In dettaglio questo progetto include quattro strategie delle nove, identificate come segue:

- **Strategia 2:** Consolidare l'impegno e la partecipazione della comunità
Nel Risultato Atteso 1 viene presa in considerazione tale strategia. Infatti il coinvolgimento della comunità è il fulcro delle azioni all'interno di tale Risultato che, con meccanismi partecipativi e motivazionali, come le Model Kebele e la mobilitazione delle WDA, mira a rendere la comunità maggiormente interessata e confidente ad accedere al servizio sanitario ma anche ad esserne parte attiva.
- **Strategia 3:** Migliorare le capacità delle risorse umane e la loro gestione
Tale strategia è alla base del Risultato Atteso 2 dove il personale sanitario è target, sia in quanto beneficiario di formazione per innalzare il livello qualitativo del servizio offerto sia in quanto gestione di esso attraverso la realizzazione del HRIS⁹.
- **Strategia 5:** Risanare la catena di approvvigionamento e la logistica
Il risultato Atteso 3 poggia le sue basi su questa strategia; in particolare mira all'implementazione di Auditable Pharmacy Transactions and Services (APTS)¹⁰ e

⁸ Sebbene l'ultimo censimento risalga al 2007, i dati forniti servono comunque a dare una visione complessiva della popolazione che vi abita anche se non proiettata all'anno in corso.

⁹ Health Resources Information System: e' il Sistema di raccolta dei file, su carta o sistema online/ elettronico, utilizzato per l'acquisizione dei dati personali, il loro tracciamento e tutti i dati necessari per la pianificazione e la gestione, anche dei salari, delle risorse umane del settore.

¹⁰ APTS utilizza approcci e strumenti per migliorare l'utilizzo dei budget disponibili, la trasparenza e la responsabilità delle transazioni relative ai farmaci e materiale di consumo in entrata ed uscita dalle e nelle strutture sanitarie. L'APTS

Integrated Pharmaceutical Logistic System (IPLS)¹¹ per assicurare la disponibilità continuativa di medicinali nei centri di salute e aumentare l'efficienza della gestione farmaceutica.

- Strategia 7: Migliorare i risultati relativi alla salute attraverso un accesso equo ai servizi sanitari di qualità

Suddetta strategia viene inglobata nel Risultato Atteso 4, ove si spazia dall'organizzazione di corsi di formazione di specializzazione clinica per il personale sanitario ad interventi puntuali per rispondere ai bisogni della comunità, quali outreach o azioni *nutrition specific*, in linea con il Programma nazionale sulla nutrizione (National Nutrition Program, NNP).

L'iniziativa presenta una strategia in linea con quella governativa e risulta essere ben strutturata per il raggiungimento degli obiettivi e la realizzazione di attività coerenti con i risultati attesi. Inoltre la proposta presentata dalla controparte a questa Sede AICS è stata elaborata e discussa con le parti interessate ed è frutto del lavoro congiunto. L'approccio partecipativo delle comunità di riferimento e l'attenzione che viene data a queste garantiscono il successo dell'intervento stesso.

4.4 Beneficiari

I beneficiari indiretti sono identificabili nell'intera popolazione delle quattro RE, ovvero 9.530.151 persone. Di queste, sono calcolate come beneficiari diretti **623.081** persone come rappresentato nella sottostante tabella.

Beneficiari diretti	Afar	Somali	Benishangul-Gumuz	Gambella	Totale
N. di donne incinta	10.370	42.066	11.351	6.739	70.526
N. di bambini < 1 anno sopravvissuti	11.749	62.277	26.875	7.524	108.425
N. di bambini di 6-59 mesi	69.144	226.123	112.217	36.646	444.130
Totale beneficiari	91.263	330.466	150.443	50.909	623.081

4.5 Correlazione fra Obiettivi, Risultati ed Attività

L'obiettivo generale dell'iniziativa consiste nel ridurre le disuguaglianze geografiche in riferimento al gender e nutrizione attraverso il rafforzamento delle Regioni emergenti.

L'obiettivo specifico mira a migliorare il sistema di salute nelle Re attraverso il capacity building del personale sanitario, l'offerta di servizi sanitari di qualità elevata e grazie al coinvolgimento della comunità, con un focus sul gender e sulla nutrizione.

I risultati attesi e le attività

L'iniziativa è strutturata sulla base dei risultati attesi per i quali, in sintesi, sono previste le attività a seguire.

porta anche a miglioramenti nel reclutamento e nella distribuzione del personale relativo, nella disponibilità di medicinali e nell'aumento di entrate derivanti dalle vendite di medicinali.

¹¹ IPLS e' uno dei importanti interventi per garantire la catena di fornitura sanitaria forte e unitaria, per collegare tutti i livelli del catena di approvvigionamento e fornire dati precisi e tempestivi per il processo decisionale. Migliora quindi lo stoccaggio e il sistema di distribuzione, nonché la disponibilità di beni essenziali negli Hub regionali.

RA1. La comunità è coinvolta e attiva

Le attività previste per raggiungere tale risultato sono le seguenti:

- 1.1 Attività di mobilitazione sociale della comunità sulla lotta alle pratiche e tradizioni pericolose
- 1.2 Attività di formazione per le WDA in aree semi pastorali
- 1.3 Implementazione di supportive supervision e monitoraggio per la creazione di Model Kebele, PHCU ad alta performance e School nutrition program
- 1.4 Training dedicato al personale femminile per creare una leadership femminile
- 1.5 Supporto per la performance review sul gender e nutrizione

RA2. Il personale sanitario è rafforzato con training e attività di capacity building

Le attività previste per raggiungere tale risultato sono le seguenti:

- 2.1 Attività di supporto all'implementazione del HRIS
- 2.2 Attività di formazione sul Compassionate, Respectful and Caring
- 2.3 Supporto al Woreda Management Standard (WMS)

RA3. Il supply chain e la logistica sono migliorati

Le attività previste per raggiungere tale risultato sono le seguenti:

- 3.1 Attività di formazione su IPLS (Integrated Pharmaceutical Logistic System) e APTS (Auditable Pharmaceutical Transaction System)
- 3.2 Attività di sensibilizzazione della popolazione sull'uso razionale dei medicinali

RA4. L'accesso al servizio sanitario è equo e migliorato anche in termini qualitativi

Le attività previste per raggiungere tale risultato sono le seguenti:

- 4.1 Training allo staff sanitario per migliorare la copertura del servizio antenatale
- 4.2 Training allo staff sanitario su PMTCT
- 4.3 Training al personale sanitario sulle vaccinazioni, salute infantile e interventi di nutrizione
- 4.4 Supporto all'implementazione di outreach per offrire il servizio di vaccinazioni in aree remote
- 4.5 Supporto ad interventi di nutrizione materna e < 5 anni in particolare attività per MAM (Moderate Acute Malnutrition) e SAM (Severe Acute Malnutrition).

La logica dell'intervento è ben articolata con attività, risultati e obiettivi. Le attività, previste per ognuno dei quattro risultati, sono in linea con la strategia governativa e sono correlate ai risultati attesi.

4.6 Partner finanziatori e Modalità di finanziamento

Non sono previsti altri partner finanziatori alla presente iniziativa. Le istituzioni locali coinvolte parteciperanno con il loro personale per la realizzazione delle attività a livello di Kebele, Woreda, Zona e Regione. Saranno sostenute finanziariamente dal progetto e tecnicamente dalla TAMU dell'AICS Addis Abeba.

Il finanziamento è a dono attraverso il canale bilaterale e l'ammontare di Euro 2.200.000, di cui si propone il finanziamento, verrà versato al FMOH in due tranches dell'importo di 1.500.000 Euro e 700.000 Euro, presso il conto bancario indicato dal FMOH stesso. Quest'ultimo trasferirà poi i fondi ai conti correnti dei RHB in base al criterio della grandezza della popolazione. Oltre a ciò, è previsto un Fondo di gestione in loco a gestione diretta AICS Addis Abeba di Euro 300.000 e un Fondo Esperti a gestione AICS Roma di Euro 450.000.

4.7 Responsabilità esecutiva

L'iniziativa sarà eseguita dai RHB delle quattro RE, ovvero le autorità regionali di linea, che avranno perciò la responsabilità esecutiva dell'iniziativa. I fondi verranno gestiti secondo le procedure amministrative stabilite nell'accordo tecnico siglato tra la Cooperazione Italiana e il

Ministero delle Finanze etiopico (MoF).

La sede estera AICS di Addis Abeba sarà responsabile della supervisione e svolgerà regolarmente il monitoraggio dell'implementazione delle attività e del buon utilizzo dei fondi.

4.8 Metodologia e Modalità di gestione ed esecuzione

L'esecuzione dell'iniziativa è a carico del RHB, ovvero l'autorità sanitaria regionale operante in ognuno delle quattro RE. I RHB hanno il ruolo di implementare a livello regionale le strategie disegnate a livello federale, andando perciò a colmare bisogni specifici regionali. Una volta firmato l'Accordo tecnico fra i due governi, i RHB avranno mandato ufficiale dal FMOH di realizzare le attività in base ai piani d'azione che saranno da loro stessi sviluppati e presentati allo Steering Committee (SC). Quest'ultimo organo sarà costituito da vari stakeholder del progetto: AICS Addis Abeba, il PIC (Person In Charge) designato dal FMOH, i Focal Point assegnati da ogni RHB e un rappresentante del MOF per la presente iniziativa per un totale di 7 persone. Lo SC dovrà approvare i Piani d'Azione di ogni RE e verrà convocato una volta l'anno e ogni qual volta subentri la necessità di prendere decisioni strategiche e modifiche sostanziali dei Piani d'Azione. I RHB dovranno rendere conto del proprio operato al FMOH, che rimarrà l'Agenzia esecutrice principale, tanto che i Rapporti semestrali descrittivi e finanziari sono di competenza del FMOH, il quale dovrà inviarli a questa Sede AICS ogni sei mesi. In questa logica di responsabilità, i RHB appaiono come Agenti esecutori delegati dal FMOH stesso per la realizzazione dell'iniziativa, quindi una delega di gestione ed esecuzione. L'organo della TAMU, già esistente e attivo nel settore sanitario della Sede AICS Addis Abeba, avrà il compito di assistere da un punto di vista tecnico i RHB affinché vengano raggiunti i risultati attesi nel modo più efficiente ed efficace possibile, coadiuvato dall'apporto tecnico offerto dall'esperto che verrà selezionato.

In sintesi, la **Technical Assistance and Monitoring Unit (TAMU)** non ha ruolo di realizzazione diretta ma di supporto tecnico e di monitoraggio e sarà finanziata attraverso il fondo esperti e il fondo in loco. La TAMU avrà sede ad Addis Abeba ed effettuerà missioni sul campo quando necessario. Essa avrà i seguenti compiti principali:

- a. svolgerà funzioni di assistenza tecnica al Ministero della Sanità e soprattutto agli Uffici Regionali per rafforzare le competenze delle controparti locali;
- b. parteciperà alla preparazione dei Piani Operativi Annuali;
- c. effettuerà le attività di monitoraggio congiuntamente al FMOH, ove richiesto, e assisterà i RHBs nell'elaborazione dei rapporti semestrali;
- d. Promuovere ed organizzare, in collaborazione con il FMOH e i RHBs, seminari, corsi di formazione, pubblicazione, disseminazione di materiale tecnico e ogni altra attività che si riterrà opportuna per migliorare le capacità di gestione dei progetti degli attori coinvolti.

L'assistenza tecnica, pertanto, include:

- Un Esperto Italiano (Capo Programma) per tutta la durata del programma, che dirigerà la TAMU e sarà responsabile delle attività di cui sopra. L'Esperto Italiano lavorerà in stretta e continua collaborazione con il FMOH.
- Personale di supporto locale che coadiuverà l'Esperto Italiano nello svolgimento delle sue funzioni.

I Termini di Riferimento (TOR) degli esperti Italiani è stato preparato in funzione dei compiti sopra menzionati (Allegato E).

Mentre, lo **Steering Committee (SC)**, le cui le decisioni dovranno essere prese all'unanimità, si riunirà una volta l'anno o ogni volta che si riterrà necessario su richiesta di uno dei membri. Esso

dovrà:

- a. Facilitare le attività e monitorarne l'efficacia.
- a. Monitorare e valutare l'esecuzione del Programma.
- b. Vistare i Piani Operativi presentati dai RHBs.
- c. Garantire l'allineamento del Programma con le politiche settoriali.

Sono, inoltre, inclusi nella gestione del Programma i seguenti documenti:

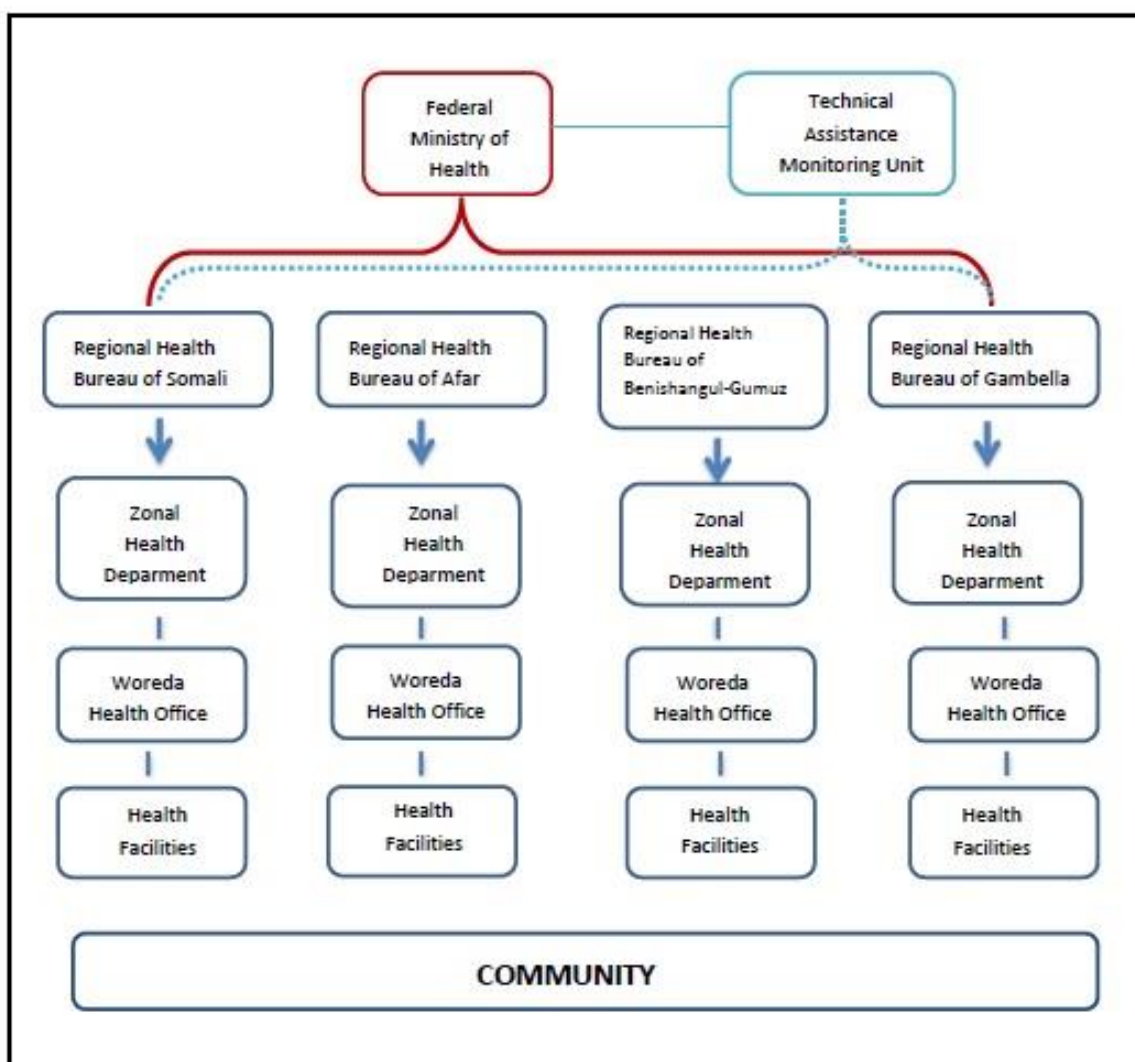
- La redazione di un rapporto semestrale da parte dei RHBs assistiti dalla TAMU. Questo rapporto avrà sia una componente tecnico/descrittiva sia una componente finanziaria sia descriverà l'utilizzo dei fondi (SAR – Semi Annual Report), tale rapporto servirà anche per procedere alla richiesta della tranche successiva.
- Un Audit finanziario e contabile esterno al termine dell'utilizzo dei fondi.

4.9 Modalità di realizzazione

Il progetto verrà realizzato dai RHBs sotto la direzione del FMOH e con il sostegno dell'assistenza tecnica della TAMU.

Poiché l'Etiopia è un paese federale, le Regioni hanno grande autonomia e i RHB detengono il potere esecutivo delle politiche nazionali in materia di salute con a disposizione anche un budget autonomo. Sotto la responsabilità dei RHB si trovano i Zonal Health Department, seguiti dai Woreda Health Office che gestiscono il distretto sanitario composto dalle singole componenti, ovvero le differenti unità sanitarie (HP, HC, Primary Hospital, Hospital di altro livello) e la comunità di riferimento. La TAMU darà assistenza tecnica sia al FMOH sia ai RHBs, mentre per il monitoraggio potrà andare a visitare gli uffici locali e verificare la modalità e la qualità con cui implementano le attività a loro delegate dal RHB.

Lo schema successivo fornisce una rapida comprensione dei rapporti fra i vari enti.



La metodologia di realizzazione delle attività previste dall'iniziativa sopra descritta e gli attori coinvolti nella loro attuazione risultano garantire un approccio olistico con un grande coinvolgimento della comunità ai fini di un'implementazione efficace.

4.10 Condizioni per l'avvio

Le condizioni di base per l'avvio del progetto sono state prese in considerazione e sono dettate anche dalla consuetudine. Infatti, come condizioni preliminari per l'avvio dell'iniziativa, il Programma prevede di:

- Sottoscrivere un Accordo Tecnico tra la Cooperazione Italiana e il Ministero delle Finanze (MoF) etiopico;
- Istituire la TAMU di competenza dell'AICS Addis Abeba;
- Istituire il PIC di competenza del FMoH;
- Il FMoH presenta la richiesta di erogazione della I tranche;
- Erogazione della I tranche a dono al FMoH e suo trasferimento nei conti correnti dei RHB delle quattro RE, secondo quanto descritto di seguito.
- Elaborazione dei Piani d'azione specifici di ogni RE entro un periodo di tempo dall'erogazione della I tranche, stabilito dall'Accordo tecnico;
- Istituzione dello SC che approva i Piani d'azioni sopra menzionati.

4.11 Piano Finanziario

Il piano finanziario (Allegato B) è stato redatto secondo le disposizioni fornite dall'Ordine di Servizio n. 14432 del 16/12/2016 e il Piano dei Conti allegato a tale Ordine.

Il contributo totale richiesto per la realizzazione del progetto è pari a Euro 4.750.000,00, ed è così ripartito:

	€ (1a annualità)	€ (2a annualità)	€ (3a annualità)	€ - Totale
Finanziamento a dono (GoE)	1.500.000	700.000		2.200.000,00
Supervisione, coordinamento ed assistenza tecnica (Fondo esperti)	50.000	200.000	200.000	450.000,00
Supporto logistico e funzionamento (Fondo in loco)	300.000			300.000,00
Totale (€)	1.850.000	900.000	200.000	2.950.000,00

Fondi a dono (Art. 7 Legge 125/14)

RISULTATI ATTESI	€	%
RA 1. La comunità è coinvolta e attiva	911.517,76	41%
RA. 2 Il personale sanitario è rafforzato con training e attività di capacity building	544.894,69	25%
RA 3. Il <i>supply chain</i> e la logistica sono migliorati	173.253,70	8%
RA 4. L'accesso al servizio sanitario è equo e migliorato anche in termini qualitativi	570.333,85	26%
TOTALE (€)	2.200.000,00	100%

Per la realizzazione delle attività inerenti al risultato atteso 1 si prevede una spesa complessiva di EURO 911.517,76, descritta come di seguito:

Per la realizzazione delle attività di mobilitazione sociale della comunità sulla lotta alle pratiche e tradizioni pericolose, di formazione per le WDA nelle aree semi pastorali particolarmente svantaggiate, per l'implementazione di *supportive supervision* e di monitoraggio ai fini di creare le Model Kebele, le PHCU ad alta performance e monitorare il *School nutrition program*, per organizzare dei training dedicati al personale femminile con lo scopo di formare una leadership femminile e, infine, per l'attuazione della *performance review* sul gender e nutrizione, la Regione Somali ha previsto una spesa di 500.000 Euro, la regione Afar di 250.000 Euro, la Regione Benishangul-Gumuz di 116.108 Euro e la regione Gambella di 45.409,76 Euro.

Per la realizzazione delle attività inerenti al risultato atteso 2 si prevede una spesa complessiva di EURO 544.894,69, descritta come di seguito:

Ai fini di implementare le attività di supporto per l'attuazione del HRIS, di formazione sull'approccio *Compassionate, Respectful and Caring* degli operatori sanitari nei confronti dei pazienti e infine per dare supporto al Woreda Management Standard, la Regione Somali ha previsto una spesa di 400.000 Euro, la regione Afar di 68.988,39 Euro, la Regione Benishangul-Gumuz di 53.876,30 Euro e la regione Gambella di 22.030 Euro.

Per la realizzazione delle attività inerenti al risultato atteso 3 si prevede una spesa complessiva di EURO 173.253,70, descritta come di seguito:

Per realizzare le attività di formazione su IPLS (Integrated Pharmaceutical Logistic System) e APTS (Auditable Pharmaceutical Transaction System) e di sensibilizzazione della popolazione

sull'uso razionale dei medicinali, la Regione Somali ha previsto una spesa di 100.000 Euro, la regione Afar di 20.000 Euro, la Regione Benishangul-Gumuz di 31.153,70 Euro e la regione Gambella di 22.100 Euro.

Per la realizzazione delle attività inerenti al risultato atteso 4 si prevede una spesa complessiva di EURO 570.333,85, descritta come di seguito:

Con lo scopo di organizzare dei corsi di formazione rivolti allo staff sanitario per sulle tematiche del servizio antenatale, del PMTCT, sulle vaccinazioni, su salute infantile e interventi clinici per contrastare la malnutrizione, in particolare MAM (Moderate Acute Malnutrition) e SAM (Severe Acute Malnutrition), e infine per supportare l'implementazione di outreach al fine di offrire il servizio di vaccinazioni in aree remote, la Regione Somali ha previsto una spesa di 396.832,89 Euro, la regione Afar di 100.000 Euro, la Regione Benishangul-Gumuz di 55.000,96 Euro e la regione Gambella di 18.500 Euro.

Fondi in gestione diretta AICS

Per assicurare le attività di supervisione generale del Programma, AICS disporrà di fondi in gestione diretta, suddivisi tra fondo di supervisione, coordinamento e assistenza tecnica e fondo di supporto logistico e funzionamento. Questi sono calcolati su tre annualità giacché si considerano anche la fase preliminare di assistenza per la stesura dei Piani operativi e la fase conclusiva di valutazione dell'impatto del progetto e del raggiungimento degli indicatori, nonché dell'appropriato utilizzo dei fondi.

- Assistenza Tecnica (fondo esperti)

	Anno 1	Anno 2	Anno 3	
Descrizione	Costo totale	Costo totale	Costo totale	Costo totale
	(EUR)	(EUR)	(EUR)	(EUR)
Assistenza tecnica (fondo esperti)	50.000	200.000	200.000	450.000

Il documento di formulazione prevede una componente di assistenza tecnica italiana al fine di offrire il massimo supporto alla realizzazione degli obiettivi concordati con le controparti locali.

L'esperto italiano fornirà assistenza tecnica al FMOH e RHBs. Parteciperà al monitoraggio tecnico e finanziario in collaborazione con le controparti e realizzerà prodotti di documentazione e di visibilità per AICS.

Risulta dunque fondamentale assicurare che il supporto finanziario garantito alle controparti tramite il contributo a Dono sia affiancato da attività di assistenza tecnica specifiche. Si può già ipotizzare che l'assistenza tecnica si occuperà tra l'altro di effettuare delle pubblicazioni sia tecniche che divulgative per garantire sinergie e coordinamento con eventuali simili progetti implementati da altri donatori di settore e un'adeguata visibilità di AICS per tutta la durata del Programma. Il personale italiano inviato in missione in Etiopia verrà utilizzato per monitoraggio e valutazione e per indirizzare le attività di programma attraverso una continua assistenza e stretta collaborazione sia con il FMOH che con i RHBs. L'ammontare totale pari a 450.000 Euro è stato stimato in base ai parametri retributivi previsti dalla vigente normativa per i funzionari pubblici ed esperti privati inviati da AICS, che sono pertanto ritenuti congrui. La prima annualità è stata stimata di 50.000 Euro in considerazione delle tempistiche di presentazione e approvazione della presente e dell'avvio del progetto stesso nell'anno 2019, mentre le seguenti annualità prevedono un contributo di 200.000 Euro/anno.

- Supporto logistico e funzionamento (Gestione in loco)

Nella stesura del budget per il fondo in loco, si è tenuto conto che la sede estera di Addis Abeba sta realizzando nello stesso settore altri programmi e quindi, grazie a delle sinergie, alcune voci di spesa possono essere ridotte e le spese risultano essere quindi diminuite da 6 mesi a 12 mesi.

Di seguito si precisano le spese per il supporto logistico e di funzionamento, presenti nel Piano Finanziario (Allegato B).

3. Costo del personale

Per quanto concerne il personale, sono previste figure professionali in possesso di requisiti diversi cui corrispondono compensi relativi: *Euro 750 al mese per 36 mesi/persona* per un contabile, *Euro 670/mese per 36 mesi/persona* per un archivista, *Euro 690/mese per 30 mesi/persona* per un autista/messo, *Euro 565/mese per 30 mesi* per un autista e *Euro 550/mese per 30 mesi* per un autista, *Euro 460/mese per 30 mesi* per un addetto alle fotocopie, *Euro 375/mese per 30 mesi* per un addetto alle pulizie e *Euro 175/mese per 30 mesi* per un addetto alle pulizie; inoltre sono incluse n.2 figure di consulenti tecnici di compenso pari a *Euro 2.200/mese per 30 mesi*. Il costo è stato stimato con sufficiente grado di approssimazione tenendo conto delle medie retributive per personale a contratto e consulenze specialistiche di analoga esperienza e capacità professionale su iniziative in corso da parte dell'AICS in Etiopia. Sono state considerate anche le tasse relative al contratto, TFR e diarie (voce di spesa 3.10, 3.11, 3.12). Sulla base di tali considerazioni il totale stimato per il personale locale è di Euro 175.550 e può ritenersi congruo.

4. Beni di consumo

È previsto inoltre l'acquisto di beni di consumo quali: Cancelleria *Euro 1.550/anno* per n.2 anni, accessori per ufficio *Euro 300*, carburante per la vettura pari a *Euro 13.000/ 3 anni*, considerando una spesa crescente dopo l'avvio delle attività che necessitano di monitoraggio periodico sulle quattro Regioni. Inoltre vi sono i costi che si riferiscono al materiale informatico di *Euro 2.350*, dove si comprendono i costi della visibilità (quale l'acquisto di una macchina fotografica) e un costo per materiale sanitario con cui attrezzare la casetta del Pronto Soccorso nelle macchine di progetto pari a *Euro 50/anno*. Sulla base di tali considerazioni il totale stimato per i beni di consumo è di Euro 18.800 e può ritenersi congruo.

5. Utenze, servizi ausiliari, spese di pulizia

Il totale stimato per le utenze (telefonia fissa e mobile, spedizioni) è di Euro 900 e può ritenersi congruo.

6. Investimenti fissi, acquisti, dismissioni

Nell'arco del programma si prevede di acquistare hardware per *Euro 2.750*, macchinari per ufficio per *Euro 500*, mobili e arredi per *Euro 500*, equipaggiamenti per *Euro 500*. Si comprende anche l'acquisto di una macchina di progetto poiché attualmente nel settore sanitario vi sono 4 macchine (n. 1 Toyota Corolla Sedan, n. 2 Toyota Land Cruiser Station Wagon e n. 1 Toyota Land Cruiser Hardtop). Le n.2 Land Cruiser risultano essere particolarmente datate, acquistate, infatti, nel 2003 e da allora sempre adibite alle missioni nel *field*, pertanto riportano molti chilometri di strada che gravano sui costi di manutenzione, sia ordinaria sia straordinaria. Si ha intenzione di dismettere questi ultimi due veicoli e acquistarne uno nuovo più sicuro, soprattutto nel territorio rurale, come quello delle quattro RE, il cui costo è stimato intorno a *Euro 36.000*. Con questo, il settore sanitario avrebbe a disposizione n.3 macchine e n.3 autisti, risorse sufficienti per le attività programmate. Il totale stimato per investimenti fissi, acquisti, dismissioni è di Euro 40.250 e può ritenersi congruo.

7. Investimenti fissi, manutenzioni straordinarie

Nell'arco del programma si prevede che la manutenzione straordinaria dei veicoli sarà pari a *Euro 5000/anno* calcolati su n.2 anni. Il totale stimato è di Euro 10.000 e può ritenersi congruo.

8. Manutenzione ordinaria, riparazioni

Nell'arco del programma si prevede che la manutenzione ordinaria dei veicoli sarà pari a *Euro 6000/anno* calcolati su n.2 anni e la manutenzione ordinaria di Hardware, Software e della rete pari a *Euro 9.000/anno* per n. 2 anni. Il totale stimato è di Euro 30.000 e può ritenersi congruo.

per le n. 3 macchine di settore e per il servizio di manutenzione ordinaria IT.

9. Altri servizi e oneri

Nell'arco del programma si prevede che l'assicurazione dei veicoli, l'Assicurazione sanitaria relativa al personale in loco e la polizza contro gli infortuni sul lavoro, oltre alla partecipazione alle spese per l'assicurazione contro incendi e furti dell'Ufficio AICS Addis Abeba, sarà pari a Euro 6.700. Tale costo è da ritenersi congruo.

10. Pubblicazioni

Nell'arco del programma si prevede di eseguire pubblicazioni sui risultati ottenuti e per dare visibilità a AICS per un importo pari a Euro 5000/anno per n. 2 anni. Il totale stimato è di Euro 10.000 e può ritenersi congruo.

11. Spese di rappresentanza, relazioni pubbliche, convegni, mostre, pubblicità

Nell'arco del programma si prevedono di effettuare seminari, convegni e manifestazioni per dare visibilità al programma e all'AICS. Il totale stimato è di Euro 7.500 e può ritenersi congruo.

12. Imposte

Nell'arco del programma si prevede che la tassa di possesso del veicolo sarà pari a Euro 100/anno. Il totale stimato è di Euro 300 e può ritenersi congruo.

La tipologia di beni, servizi e forniture da acquistare nell'arco del programma (linee di budget dalla 4 alla 12), è stata definita in sede di formulazione e tutti i costi sono stati stimati sulla scorta di prezzi di mercato rilevati in loco e sono pertanto da ritenersi ammissibili. Si fa presente che le procedure di acquisto che saranno seguite garantiscono competitività e trasparenza e, quindi, che beni, servizi e forniture, saranno acquisiti al miglior prezzo di mercato. Di conseguenza, la congruità delle spese potrà essere fatta solo al momento dell'effettivo acquisto del materiale e quindi demandata all'organismo esecutore.

Contributo etiopico

Il Governo Etiopico contribuirà all'iniziativa attraverso l'esenzione delle tasse (IVA) e garantendo i salari allo staff delle strutture sanitarie e degli uffici governativi coinvolti.

Nel complesso si reputa che il piano dei costi rispecchi le esigenze reali di progetto in ogni sua componente.

4.12 Sostenibilità, replicabilità

Gli elementi di sostenibilità dell'iniziativa sono riconducibili alle seguenti condizioni preesistenti:

- ✓ la strategia utilizzata è parte integrante della strategia governativa quindi l'*ownership* dell'azione è garantita e il Governo etiopico è *accountable* per la sua effettiva realizzazione.
- ✓ la struttura federale del Governo Etiopico garantisce la divisione dei ruoli e assicura la corretta esecuzione: il FMOH ricopre la funzione di generare le strategie e le policy, le quali vengono realizzate a livello regionale dai RHB, che assume quindi il ruolo di *planning, implementing e monitoring*. Si rammenta che la struttura si riflette nella gestione finanziaria poiché ogni livello ha un proprio budget autonomo.
- ✓ la relazione fra l'Italia/donatori e il FMOH è garantita dalla sottoscrizione all'IHP¹² e viene mantenuta viva attraverso la partecipazione dell'esperto ai tavoli di coordinamento e aggiornamento, nonché all'adesione dei piani strategici governativi attuati negli interventi finanziati dall'Italia.

Per quanto concerne la replicabilità, essendo basato sulla strategia governativa, azioni simili sono già in corso come da programma ministeriale. La presente proposta prevede di poter organizzare, alla conclusione del progetto, degli eventi di disseminazione dei risultati e questi

¹² International Health Partnership, in particolare l'*Ethiopia IHP Country Compact*, sottoscritto dall'Italia nel 2008 che regola i rapporti fra donatori di settore e il Ministero di linea.

potranno essere momenti di discussione con la controparte locale sull'efficacia della strategia governativa stessa.

4.13 Rischi e misure di mitigazione

Il Paese in questione è in fase di transizione da un governo dai tratti dittatoriali a un governo aperto e moderno, democratico e garante dei diritti. Questo cambiamento ha disorientato alcune fasce di popolazione e partiti politici che hanno potuto esprimersi pubblicamente, ma nello stesso momento hanno anche acceso malumori finora latenti e tenuti a freno con le forze armate e con la violenza.

Per quanto detto, nel Paese vi sono conflitti interni fra le Regioni che hanno comportato e comportano il movimento di masse di popolazioni (Internal Displaced People, IDPs) da un'area ad un'altra in cerca di sicurezza. Inoltre, tali situazioni di tensioni interne fanno sì che non ci sia garanzia dell'offerta dei servizi di base, quali appunto la salute e l'istruzione.

Nella tabella sottostante si propongono uno schema dei rischi e sue misure di mitigazione.

Rischio	Misure di mitigazione	Livello
1 Presenza e disponibilità di servizi sanitari non ottimali	La strategia governativa mira al miglioramento del sistema sanitario attraverso la riabilitazione e l'equipaggiamento delle strutture sanitarie, la distribuzione corretta del personale qualificato in queste, la fornitura costante di medicine e materiali di consumo e simili azioni.	Moderato
2 Emergenze sanitarie (quali epidemie)	L'Italia parteciperà ai tavoli di coordinamento con altri donatori di settore al fine di circoscrivere l'emergenza e dare una risposta rapida ed efficace.	Medio
3 Scarsa <i>retention</i> del personale sanitario	Per contrastare la carenza di personale sanitario si prevede la realizzazione di corsi di formazione per differenti figure professionali sanitarie e corsi di vario livello formativo oltre all'applicazione di forme di <i>retention</i> , già incluse nel piano governativo e in atto.	Moderato
4 Improvviso calo di fondi relativi a donatori esterni	Tramite l'adesione dei donatori all'IHP, si garantisce il principio di One Plan, One Report e One Budget che semplifica e armonizza la relazione fra donatori e FMOH e permette la prevedibilità dei fondi disponibili. Questa garanzia permette al Governo etiopico di riservare dei fondi allo sviluppo delle quattro Regioni Emergenti.	Moderato
5 Insicurezza al confine.	Il Governo etiopico è membro dell'IGAD ¹³ e rappresenta il paese stabilizzatore del corno d'Africa. Anche per eventuali emergenze sanitarie trans-confine IGAD ha un ruolo chiave per l'applicazione di policy e regolamenti preventivi adeguati.	Moderato

I rischi identificati tengono in considerazione la realtà locale. Le misure di gestione e di mitigazione appaiono appropriate e applicabili nel caso in cui tali rischi possano presentarsi. Il monitoraggio dei fattori di rischio sarà effettuato dalla controparte locale e dalla TAMU nel corso del progetto ed eventuale misura preventiva o di mitigazione sarà messa in atto tempestivamente.

¹³ Intergovernmental Authority for Development, ovvero in italiano Autorità intergovernativa per lo sviluppo: fondata nel 1996, come sviluppo del precedente IGADD (Intergovernmental Authority for Development and Drought), è un'organizzazione internazionale politico-commerciale formata dai paesi del Corno d'Africa (Gibuti, Etiopia, Kenya, Somalia, Sudan, Sud Sudan e Uganda), a cui partecipano anche vari paesi europei, con anche la Banca Mondiale, la Commissione europea, il segretariato dell'ONU, il Programma delle Nazioni Unite per lo sviluppo, l'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati e la FAO con lo scopo di sostenere la collaborazione dei paesi donatori con i paesi membri dell'IGAD.

4.14 Monitoraggio e Valutazione dei risultati

Le attività di monitoraggio saranno condotte dai RHBs congiuntamente con la TAMU di questa Sede AICS. Esse comprenderanno la visita in loco della realizzazione delle attività del progetto e la verifica dell'utilizzo corretto delle risorse finanziarie. Gli indicatori predisposti dal FMOH congiuntamente con questa Sede AICS saranno gli strumenti di monitoraggio dei risultati attesi e forniranno anche evidenze per costatare l'efficacia dell'implementazione.

Lo Steering Committee è tenuto a riunirsi annualmente per monitorare l'andamento del progetto. Il PIC sarà la persona garante dell'effettiva implementazione delle attività secondo proposta progettuale e sarà lui/lei che firmerà i rapporti semestrali.

In conclusione, gli strumenti di monitoraggio e la modalità sembrano adeguati ad un corretto svolgimento dello stesso e in grado di garantire un periodico controllo e, se necessario, di ripianificare alcune attività che non portano ai risultati attesi come previsto.

4.15 Gestione delle conoscenze e strategia di comunicazione

Le buone pratiche utilizzate dal progetto verranno documentate attraverso materiale tecnico (articoli e rapporti) e divulgativo (poster, presentazioni, etc.). I risultati raggiunti saranno presentati ad eventi di disseminazione per permetterne la diffusione e la replicazione.

Il settore sanitario di questa Sede AICS, partecipando a diversi tavoli tecnici di coordinamento fra donatori di settore che ai tavoli bilaterali con il governo, potrà provvedere a divulgare i risultati ottenuti.

I risultati del programma saranno poi pubblicati sui canali ufficiali AICS (sito web, Facebook e Twitter) per una divulgazione diffusa, anche a livello internazionale. I RHBs e il FMOH stesso contribuiranno alla strategia di comunicazione divulgando informazioni, lezioni e best practices sui loro canali informativi (comunicati stampa, eventi mediatici, webstories, blog).

5. CONSIDERAZIONI GENERALI E CONCLUSIONI

Esaminata la documentazione pervenuta e completati tutti gli approfondimenti del caso, si esprime parere tecnico favorevole alla proposta del FMOH dal titolo **“Intervento per ridurre le disuguaglianze geografiche in Afar, Gambella, Benishangul-Gumuz e Somali con componenti di genere e nutrizione”**, del costo complessivo di **Euro 2.950.000**.

Il Programma risponde ai principali criteri di valutazione *ex ante* definiti in sede internazionale:

- Coerenza interna tra obiettivi, risultati e attività per garantire l'efficacia e l'efficienza dell'intervento;
- Complementarietà e coordinamento con le politiche di sviluppo del Paese e con gli interventi degli altri donatori;
- Rilevanza con le priorità e gli obiettivi generali della Cooperazione Italiana;
- Coerenza con le politiche di cooperazione allo sviluppo dell'UE e con la strategia comune europea definita nell'ambito della programmazione congiunta da parte della Delegazione UE e dei Paesi membri in Etiopia;
- Allineamento agli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (OSS) numeri 2, 3, 5 e 10;
- Sostenibilità dei fattori indicati in sede OCSE DAC garantita, in primo luogo,

dall'inserimento delle attività progettuali nelle Politiche internazionali sull'efficacia dell'aiuto.

In particolare, con riferimento al Programma Paese Italia-Etiopia 2017-2019, la presente iniziativa interviene nei settori prioritari per AICS in Etiopia: salute e i cross cutting di genere e nutrizione.

La proposta si presenta quindi giustificata nelle sue finalità generali e specifiche, oltre che adeguatamente strutturata e coerente nel suo impianto logico. Le istituzioni proponenti (FMoH e RHB nell'esecuzione) appaiono capaci di conseguire i risultati sopra esposti.

Si ritiene, pertanto, che detta iniziativa possa essere positivamente valutata e favorevolmente sottoposta all'approvazione del Comitato Congiunto per la Cooperazione allo Sviluppo per un finanziamento complessivo di **Euro 2.200.000** ai sensi dell'art.7 Legge 125/14 come contributo affidato alla gestione delle quattro RHBs attraverso il FMoH.

Si esprime inoltre parere favorevole all'allocazione di un ammontare di **EURO 750.000** come fondo in gestione diretta, di cui **Euro 450.000** per assistenza tecnica (fondo esperti) e **Euro 300.000** per supporto logistico e funzionamento (gestione in loco) presso AICS Addis Abeba.

6. ELENCO ALLEGATI

- A. Documento di progetto in lingua veicolare, con lettera di richiesta del proponente;
- B. Piano Finanziario dettagliato con le voci distinte per natura di costo, secondo il piano dei conti dell'Agenzia in formato Excel;
- C. Quadro Logico completo di indicatori, target e baseline;
- D. Cronogramma;
- E. ToR Esperto
- F. Bozza di Intesa Tecnica.
- G. Bozza di Delibera del Comitato Congiunto e Nota Informativa al Comitato Congiunto
- H. Marker Efficacia

Luogo e Data: Addis Abeba, 18/04/2019

Redattore della Proposta di finanziamento: *Laura Porcellato*



Direttore Sede Estera/ Responsabile iniziativa Sede Centrale¹⁴:



¹⁴ Nel caso di progetti gestiti in Italia ("non deconcentrati"), prima di presentare la Proposta di Finanziamento, il responsabile dell'iniziativa a Roma o a Firenze lavora in coordinamento con la/e sede/i AICS di riferimento.