



*Ministero degli Affari Esteri
e della Cooperazione Internazionale
DIREZIONE GENERALE
PER LA COOPERAZIONE ALLO
SVILUPPO
Unità Tecnica Centrale*

MAE/Sede/P/4050/UTC/AT3

Roma,

VALUTAZIONE TECNICO ECONOMICA

Paese: ETIOPIA

Titolo dell'iniziativa:

Rafforzamento delle infrastrutture sanitarie a livello locale

Proposta di Finanziamento

Paese beneficiario	ETIOPIA
Titolo dell'iniziativa	Rafforzamento delle infrastrutture sanitarie a livello locale - Supporto all'approvvigionamento idrico, allo stoccaggio di farmaci ed allo sviluppo di Electronic Medical Records nel settore sanitario etiopico
Settore	Sanità
Capitolo di spesa	2182
AID n.	
Canale di finanziamento	Bilaterale
Organismo finanziatore	MAECI/DGCS
Importo complessivo	Euro 5.723.000 di cui: Euro 5.000.000 Credito d'aiuto Euro 243.000 Fondo di gestione in loco Euro 480.000 Fondo esperti
<i>Finanziamento slegato</i> <i>Finanziamento legato</i> <i>Finanziamento slegato</i>	- Credito d'aiuto: Euro 5.000.000 - Fondo Esperti: Euro 480.000 - Fondo di gestione in Loco: Euro 243.000
Ente esecutore	- Ministry of Health - Amhara, SNNP and AA Regional Health Bureaus
Modalità di finanziamento	Credito d'aiuto
Durata	24 mesi
Grado di Slegamento	Parzialmente slegato 92% slegato – 8% legato
Obiettivo del millennio	04 – T1, 05 –T2, 06 – T1, T2
Settore OCSE/DAC	12110 – Politiche per la sanità e gestione amministrativa 12220 – Cura della salute di base
Indicatori temi OECD/DAC	Non applicabile
OCSE/DAC“Rio Markers”	Non applicabile
Title in English	Strengthening health infrastructure at local level - Support to Safe Water, Drug Warehouses and Electronic Medical Records for health sector
Summary in English	<i>The initiative aims to contribute to the strengthening of health infrastructure at the local level through support to water supply, storage of drugs and the development of Electronic Medical Records in the health sector of Ethiopia. In particular, 61 Health Centers of Regions Amhara and Southern Nation and Nationality People (SNNP) will be provided with drinking water, 15 warehouses of drugs in the Amhara Region and a system of Electronic Medical Records in 5 hospitals in Addis Ababa will be developed.</i>
Sommario	L'iniziativa intende contribuire al rafforzamento delle infrastrutture sanitarie a livello locale attraverso il supporto all'approvvigionamento idrico, allo stoccaggio di farmaci ed allo sviluppo di Electronic Medical Records nel settore sanitario etiopico. In particolare 61 Health Centers delle Regioni Amhara e Southern Nation and Nationality People (SNNP) saranno forniti di acqua potabile, nella Regione Amhara si realizzeranno 15 magazzini di stoccaggio di farmaci e sarà sviluppato un sistema di Electronic Medical Records in 5 ospedali di Addis Abeba.

INDICE

Lista degli Acronimi.....	4
1. PRESENTAZIONE DELL'INTERVENTO.....	5
1.1 Sintesi del Documento e Responsabili.....	5
1.2 Documentazione Utilizzata	6
1.3 Matrice del Quadro Logico	7
1.4 Schema Finanziario	11
2. CONTESTO DELL'INTERVENTO	11
2.1 Origini, Identificazione e Formulazione	11
2.2 Contesto Nazionale.....	12
2.3 Quadro settoriale e interventi	13
2.4 Politiche del settore sanitario in Etiopia e il ruolo dell'Italia	13
2.5 Problemi da risolvere	15
Comp. 1: Fornitura di acqua potabile	15
Comp. 2: Stoccaggio di farmaci e forniture mediche	16
Comp. 3: Electronic Medical Records in 5 ospedali in Addis Abeba.....	16
2.6 Gruppi destinatari	16
Componente 1	16
Componente 2	16
Componente 3	16
3. STRATEGIA D'INTERVENTO	17
3.1 Selezione della Strategia d'Intervento.....	17
3.2 Obiettivo generale	17
3.3 Obiettivo specifico, Risultati Attesi ed Indicatori	17
3.4 Attività.....	19
4. FATTORI ESTERNI	23
4.1 Condizioni e Rischi	23
5. REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO.....	23
5.1 Modalità di realizzazione	23

5.2 Quadro istituzionale e responsabilità per la realizzazione del programma	25
5.3 Metodologia d'Intervento.....	26
5.4 Risorse e stima dei costi.....	28
Credito d'aiuto	28
Fondo in loco e Fondo esperti (Gestione diretta DGCS, Canale 3)	32
Fondo in loco	33
Fondo esperti	37
5.5 Tempi di realizzazione.....	39
6. FATTORI DI SOSTENIBILITÀ	42
6.1 Misure politiche di sostegno.....	42
6.2 Quadro istituzionale e capacità gestionali.....	42
6.3 Aspetti ambientali.....	42
6.4 Sostenibilità economica e finanziaria	42
7. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	43
8. CONCLUSIONI.....	44
ALLEGATO 1 ToR Esperti	45
Termini di riferimento Assistente Tecnico - Italian Expert	45
Termini di riferimento Esperto in monitoraggio finanziario.....	46
Termini di riferimento Esperto Ingegnere	46
ALLEGATO 2 MARKERS EFFICACIA.....	47

Lista degli Acronimi

AP: Piani d'Azione
EFY: *Ethiopian fiscal Year*
EMR: *Electronic Medical Records*
GOE: Governo della Repubblica Federale Democratica di Etiopia
GOI: Governo della Repubblica Italiana
GTP: *Growth and Transformation Plan*
HC: *Health Center*
HPF: *Health Pooled Fund*
HSDP: *Health Sector Development Programme*
IDC: *Italian Development Cooperation*
IE: *Italian Expert*
IHP: *International Health Partnership*
IRR: *Instalment Request Report*
MDG: *Millennium Development Goal*
MoFED: *Ministry of Finance and Economic Development*
MOH: *Ministry of Health*
MRU: *Medical Record Unit*
NBE: *National Bank of Ethiopia*
PBS: *Public Basic Services*
PIC: *Person in Charge*
POG: Piano Operativo Generale
RHB: *Regional Health Bureau*
SAR: *Semi Annual Report*
SC: *Project Steering Committee*
SNNP: *Southern Nations, Nationalities and People*
TAMU: *Technical Assistance and Monitoring Unit*
UNDP: *United Nation Development Programme*
UTL: *Unità Tecnica Locale WaSH Water Sanitation and Hygiene*
WB: Banca Mondiale -World Bank

1. PRESENTAZIONE DELL'INTERVENTO

1.1 Sintesi del Documento e Responsabili

La Cooperazione Italiana, allo stato attuale, ha in corso di realizzazione col Ministero della Sanità etiopico (MOH) tre delle quattro iniziative previste nel Programma Paese 2013 - 2015. Tali iniziative riguardano il contributo a fondi multidonatori quali l'Health Pooled Fund e l'MDG Fund, e il supporto tecnico e finanziario agli Uffici regionali di sanità di Oromia e Tigray. La quarta iniziativa, oggetto della presente VTE, riguarda un credito d'aiuto di 5.000.000 di Euro a favore del MOH per il rafforzamento delle infrastrutture sanitarie a livello locale, previsto dal capitolo CB1 "Improve Health Infrastructure" dell'HSDP IV, che indica tra gli interventi da effettuare in maniera integrata, l'implementazione dell'EMR e la costruzione e riabilitazione di Centri Sanitari e strutture/servizi annessi.

Si tratta in particolare dell'approvvigionamento di acqua potabile in 61 Health Centers delle Regioni Amhara e Southern Nations, Nationalities and People (SNNP), della realizzazione, nella Regione Amhara, di 15 magazzini di stoccaggio di farmaci e dello sviluppo di un sistema di Electronic Medical Records in 5 ospedali di Addis Abeba.

La presente iniziativa recepisce le indicazioni fornite e formalmente richieste dal Ministero della Sanità (vedi lettera MOH Prot. 4/16/A4/78 del 27.05.2014 allegata alla presente VTE) e fa inoltre seguito ed integra i precedenti interventi finanziati dalla Cooperazione Italiana (HSDP I, HSDP III, PBS II, MDG Fund 1 e 2) nell'ultimo decennio.

Di seguito si riporta la tabella riassuntiva delle iniziative relative al Programma Paese, triennio 2013-2015:

Iniziativa	Euro	Canale
Health Pooled Fund (HPF)	300.000	multilaterale
Millennium Development Goals Fund (MDG)	7.000.000	bilaterale
Rafforzamento del sistema sanitario regionale (HIS)	3.500.000	bilaterale
Credito d'aiuto per il settore sanitario	5.000.000	credito d'aiuto

Il presente programma è suddiviso in 3 componenti che fanno riferimento ai seguenti obiettivi specifici:

- Componente 1: Migliorare l'accesso all'acqua potabile in 61 Health Centers nelle Regioni Amhara e SNNP.
- Componente 2: Migliorare lo stoccaggio di farmaci e forniture mediche nella Regione Amhara attraverso la realizzazione di 15 magazzini.
- Componente 3: Contribuire a realizzare un sistema EMR pienamente funzionale in 5 ospedali a Addis Abeba.

Oltre al credito d'aiuto di Euro 5.000.000, si prevede la dotazione di 723.000 Euro , suddivisa in 243.000 Euro per un Fondo di gestione in loco e 480.000 Euro per un Fondo Esperti, mirata a:

- Accompagnare l'MOH ed i Regional Health Bureaus (RHBs) in tutte le fasi del programma attraverso assistenza tecnica specialistica;
- Monitorare l'uso dei fondi affidati alla controparte;
- Organizzare attività di visibilità del programma;
- Organizzare seminari di approfondimento e workshop.

1.2 Documentazione Utilizzata

La documentazione utilizzata per l'identificazione e la formulazione della presente proposta di finanziamento include:

- La Cooperazione Italiana allo Sviluppo nel triennio 2013–2015, Linee – guida e indirizzi di programmazione;
- Definizione dei Settori OCSE-DAC;
- Definizione degli OSM e relativi *Targets*;
- Marker Efficacia, Tabella 12.08.2014;
- Termini di riferimento delle Strutture Parallele per l'implementazione dei Programmi e dei Progetti (PIUs). Ordine di Servizio n. 11 del 04/08/2009;
- Piano programmatico nazionale per l'efficacia degli aiuti - Delibera n. 85 del 14/07/2009;
- Linee guida per l'uguaglianza di genere e empowerment delle donne, MAE, 2010
- Linee guida per la lotta contro la povertà, MAE, 2011;
- Salute globale: principi guida della cooperazione italiana 2014-2016 (bozza 26.08.2014);
- *International Health Partnership Global Compact (2007)*;
- *Ethiopia IHP Country Compact (2008)*;
- *Growth and Transformation Plan* (GTP - Programma Nazionale di sviluppo quinquennale);
- *Health Sector Development Programme IV* (HSDP IV), MOH;
- *Health Harmonization Manual*, MOH;
- *Joint Financing Arrangement, version II revised December 2011*;
- *Ethio-Italian Framework of Cooperation – 2013-2015*;
- Strategia Globale per la salute delle donne e dei bambini, Muskoka Initiative, 2010
- Convenzione sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, Consiglio d'Europa, Istanbul, 2011
- Partenariato Globale di Busan per una Cooperazione allo Sviluppo Efficace. OCSE, 2011
- Linee Guida di programmazione DGCS - Cooperazione Italiana allo Sviluppo. 2014-2016, Ministero Affari Esteri, 2014

1.3 Matrice del Quadro Logico

	Logica d'intervento	Indicatori verificabili	Fonti di verifica	Condizioni esterne
Obiettivo generale	Migliorare lo stato di salute della popolazione etiopica in linea con l'HSDP e con gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute.			
Obiettivo specifico COMPONENTE 1	Migliorare i servizi sanitari, al fine di aumentare la copertura, ridurre la morbidità, la mortalità e la disabilità per la popolazione di Amhara e SNNP attraverso la fornitura di un sistema sostenibile di approvvigionamento idrico e smaltimento delle acque reflue in 61 centri sanitari.	Il 100% degli HC dispone di 60 l/giorno per in-patient e 20l/giorno per out-patient Aumento dell'11% in Amhara e del 14% in SNNP degli HC con disponibilità di acqua nel raggio di 500m	Inchiesta sull'accesso all'acqua e dati degli HC	Condizioni climatiche favorevoli alla realizzazione delle opere. Si può prevedere la preparazione dei disegni tecnici e dei documenti di gara durante la stagione delle piogge e la realizzazione delle opere durante la stagione secca.
Risultati attesi COMPONENTE 1	1. Mappe per approvvigionamento idrico degli HC delle 2 regioni realizzate 2. Banca dati sulla disponibilità di acqua negli HC realizzata nelle 2 regioni 3. Metodo per l'approvvigionamento idrico, distribuzione dell'acqua e gestione delle acque reflue standardizzato 4. Sistema di approvvigionamento idrico e delle acque di scarico indipendente realizzato in 61 HC	Risultati 1 e 2: 2 regioni possiedono il database aggiornato e producono mappe sulla disponibilità d'acqua negli HC Risultato 3: Il MOH ha una metodologia standardizzata sugli interventi nel settore acqua negli HC Risultato 4: 100% degli in-patients dispone di 60l/giorno di acqua 100% degli out - patients dispone di	Risultati 1 e 2: Rapporti RHBs Risultato 3: Rapporti del MOH Risultato 4: Letture dei contatori d'acqua	

	Logica d'intervento	Indicatori verificabili	Fonti di verifica	Condizioni esterne
		20l/giorno di acqua		
Attività COMPONENTE 1	Per il risultato 1 Mappatura degli HC con inadeguato accesso all'acqua Per il risultato 2 Raccolta dati sulle fonti d'approvvigionamento d'acqua agli HC Per il risultato 3 In base ai dati ottenuti dalle attività 1 e 2 e relativa mappatura, design e standadizzazione dell'approccio per la fornitura d'acqua agli HC Per il risultato 4 Costruzione e/o riabilitazione degli schemi idrici/acque reflue in 61 HC			Per l'attività 4: Presenza di fonti d'acqua Disponibilità di corrente elettrica se necessaria
Obiettivo specifico COMPONENTE 2	Migliorare il sistema di stoccaggio di farmaci e forniture mediche nella regione Amhara	Riduzione pari 30% di sprechi di medicinali e forniture mediche	Registri dei magazzini degli HC Registri del Dipartimento infrastrutture regionale	Disponibilità del credito d'aiuto messo a disposizione da IDC. Design standard realizzato ed approvato
Risultati attesi COMPONENTE 2	Magazzini di stoccaggio medicinali e forniture mediche per 15 HC realizzati	Magazzini di stoccaggio realizzati in linea con gli standard nazionali sullo stoccaggio di medicinali e forniture mediche	Registri del Dipartimento infrastrutture regionale	
Attività COMPONENTE 2	1. Realizzazione del Design e delle specifiche tecniche per le infrastrutture 2. Gare d'appalto 3. Costruzione 4. Monitoraggio e supervisione dei lavori			

	Logica d'intervento	Indicatori verificabili	Fonti di verifica	Condizioni esterne
Obiettivo specifico COMPONENTE 3	Istituire un sistema EMR funzionale in 5 ospedali di Addis Ababa	5 ospedali producono rapporti automatici EMR	Rapporti ospedalieri	
Risultati attesi COMPONENTE 3	5 ospedali equipaggiati con la necessaria strumentazione ITC - Lo staff MRU e gli operatori sanitari di 5 ospedali formati e in grado di utilizzare il software EMR 5 ospedali producono rapporti EMR automatici	Per tutti i risultati attesi: % di nuovi pazienti iscritti nel sistema EMR	Rapporti ospedalieri	
Attività COMPONENTE 3	Per il risultato 1 - Valutazione sul campo - Acquisto di hardware per 5 nuovi ospedali - Installazione delle reti informatiche in 5 nuovi ospedali - Test delle reti informatiche Per il risultato 2 - Installazione del software EMR negli ospedali selezionati - Test del software EMR con dati reali dei pazienti - Manutenzione del sistema EMR - Documentazione del sistema EMR - Preparazione del manuale d'uso per gli utenti del sistema EMR - Formazione dello staff MRU sull'utilizzo del sistema EMR - Follow up e assistenza tecnica del sistema EMR - Realizzazione di incontri regolari ad hoc con lo staff sanitario.			

	Logica d'intervento	Indicatori verificabili	Fonti di verifica	Condizioni esterne
	Per il risultato 3 1. Utilizzo del software EMR con dati reali dei pazienti			
		Risorse	Costi	Precondizioni
		Staff tecnico dell'MOH e dei RHBs Materiali da costruzione Materiali elettronici Materiali IT e sviluppo di software Formazione allo staff medico	Credito d'aiuto: Componente 1 3.784.000 Euro Componente 2 216.000 Euro Componente 3 1.000.000 Euro Fondo in loco: 243.000 Fondo esperti: 480.000 TOTALE INIZIATIVA: 5.723.000 Euro	Firma dell'accordo bilaterale tra MAECI/DGCS e MoFED Supporto continuo dell'MOH sulle correnti politiche sanitarie

1.4 Schema Finanziario

Il programma avrà una durata di 24 mesi. Vista la brevità del programma e la necessità per la parte etiopica, di poter disporre fin dall'inizio di fondi adeguati per il lancio delle molteplici gare previste per ciascuna componente, considerate inoltre le strette forme di controllo stabilite dal Programma, come i rapporti tecnico-economici semestrali, sottoposti all'approvazione della Parte italiana e gli audit annuali, appare opportuno che il trasferimento dei fondi a credito d'aiuto al Governo etiopico avvenga in due tranches.

La seguente tabella riassume lo schema finanziario, che include anche la componente di gestione diretta (fondo esperti e fondo in loco) volta a accompagnare e monitorare l'attuazione dell'iniziativa e coordinarne l'azione.

Descrizione	I° tranche	II° tranche	Totale Euro
Credito d'Aiuto	3.000.000	2.000.000	5.000.000
Fondo Gestione in Loco	243.000	0	243.000
Fondo Esperti	480.000	0	480.000
TOTALE INIZIATIVA	3.723.000	2.000.000	5.723.000

2. CONTESTO DELL'INTERVENTO

2.1 Origini, Identificazione e Formulazione

La collaborazione tra Italia ed Etiopia è iniziata negli anni '70. Negli ultimi 30 anni l'approccio si è evoluto passando da "progetti" con obiettivi specifici (es. controllo della tubercolosi) al supporto armonizzato ed allineato del piano strategico nazionale del settore sanitario (HSDP). Il contributo italiano all'HSDP è iniziato come un contributo settoriale nel 2003 e perdura tutt'ora. Il presente programma fa un ulteriore passo verso l'allineamento, con un contributo diretto al Ministero della Sanità (MOH), tramite un credito d'aiuto dedicato al rafforzamento dei sistemi sanitari.

L'Italia sostiene in Etiopia iniziative per la riduzione della povertà ed il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDG) ed a sostegno del Piano nazionale di Sviluppo quinquennale (Growth and Transformation Plan - GTP). La Cooperazione Italiana è inoltre impegnata nell'adozione dei principi della Dichiarazione di Parigi per l'efficacia dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (2005), confermati dall'*Accra Agenda for Action* (2008), rispondendo in tal modo alla richiesta del Governo Etiopico di aumentare la prevedibilità degli aiuti, con strumenti allineati alle procedure amministrative e gestionali nazionali ed armonizzati tra i donatori.

In particolare, la presente iniziativa si svolgerà a favore del settore sanitario etiopico considerato prioritario nell'ambito delle Linee Guida settoriali e di programmazione della DGCS.

Il Programma Paese 2013-2015 (*Ethio-Italian Cooperation Framework 2013-2015*), è stato disegnato in linea con gli obiettivi del GTP e dell'EU+ Joint Cooperation Strategy for Ethiopia. Il 16% delle risorse pari a Euro 15.800.000 sono dedicate al settore sanitario e ripartite secondo lo schema seguente:

	Iniziativa	2013	2014	2015	Totale	Modalità
1	Contributo all'Health Pooled Fund (HPF)	150.000	150.000		300.000	Multilaterale (cap. 2180)
2	Contributo al Millennium Development Goals Fund (MDG Fund)	3.000.000	2.500.000	1.500.000	7.000.000	Bilaterale (cap.2182)
3	Rafforzamento sistemi sanitari (HIS)	1.500.000	1.000.000	1.000.000	3.500.000	Bilaterale (cap.2182)
4	Credito d'aiuto al settore sanitario		5.000.000		5.000.000	Credito d'aiuto
	TOTALE	4.650.000	8.650.000	2.500.000	15.800.000	

I fondi relativi alle prime tre iniziative (HPF, MDG Fund e HIS), con l'aggiunta di un Fondo di gestione in loco, sono già stati deliberati dal Comitato Direzionale dal 2013 ad oggi e gli interventi sono in corso d'opera. La presente Proposta di finanziamento riguarda la quarta ed ultima iniziativa del Programma Paese 2013-2015.

Tale intervento è parte del Piano strategico nazionale sanitario (HSDP IV) e sarà regolamentato da un Accordo bilaterale concordato con il MOH, la cui bozza è allegata alla presente Proposta di finanziamento.

La formulazione del Documento di progetto, (Project Implementation Document) è stata realizzata congiuntamente dagli esperti sanitari della Cooperazione Italiana in Etiopia con il Ministero della Salute e gli Uffici Sanitari Regionali beneficiari, attraverso un processo di concertazione. Il programma "Rafforzamento delle infrastrutture sanitarie a livello locale-Supporto all'approvvigionamento idrico, allo stoccaggio di farmaci ed allo sviluppo di Electronic Medical Records nel settore sanitario etiopico" si basa sulle precedenti esperienze della Cooperazione Italiana a sostegno del settore sanitario etiopico.

2.2 Contesto Nazionale

L'Etiopia è il secondo paese più popoloso dell'Africa sub-sahariana con una popolazione stimata in 90 milioni di abitanti e un tasso di crescita della popolazione pari a 2.6% (WB 2013). L'Etiopia rimane comunque uno dei paesi più poveri al mondo collocandosi al 173 posto su 187 nell'indice di sviluppo umano (UNDP 2014). Il reddito pro capite si attesta attorno ai 470\$ e rimane più basso della media regionale.

Al contrario l'economia ha avuto un forte e ampio sviluppo nell'ultima decade con una crescita media del PIL pari al 10.9% nel periodo 2004/5 – 2012/2013, confrontata con una crescita media della regione del 5.3%.

La crescita economica e il suo trend positivo hanno contribuito alla riduzione della povertà sia in ambito rurale che urbano. La percentuale di popolazione che vive in condizioni di estrema povertà, al di sotto di 0.6\$ al giorno si è ridotta dal 38.7% nel 2004-2005 al 29.6% nel 2009-2010 e attraverso il GTP si prevede di arrivare al 22.2% entro il 2014-2015 (WB).

L'Etiopia ha già raggiunto i MDGs relativi alla mortalità infantile ed è in linea per quanto riguarda la parità di genere nell'educazione, HIV/AIDS e malaria. Sono stati fatti progressi anche nell'ambito dell'educazione primaria universale anche se i MDGs rimangono ancora da raggiungere.

L'aspettativa di vita media è di 63 anni (UNDP2014). L'economia etiopica rimane ancora fortemente dipendente dagli aiuti internazionali ed è ancora strettamente legata al settore agricolo che, nonostante i consistenti finanziamenti, rimane basato su un'agricoltura di sussistenza. Lo stato etiopico ha una costituzione federale con 11 governi regionali (9 regioni e 2 città metropolitane) ed un sistema amministrativo decentrato composto da circa 900 distretti (Wereda) ed oltre 100 municipalità.

2.3 Quadro settoriale e interventi

L'Etiopia, per quanto riguarda la sanità, è uno dei Paesi più arretrati al mondo in termini di sviluppo con un quadro drammatico di morbilità e mortalità.

In Etiopia un bambino che nasce ha circa 94 possibilità su 100 di sopravvivere al suo primo anno di vita e circa 91 su cento di raggiungere i 5 anni. È importante notare che la maggior parte delle malattie che affliggono la popolazione etiopica sono di tipo infettivo, quindi potenzialmente trattabili e/o prevenibili, quali malaria, polmonite, diarrea e morbillo. Va infine sottolineata la situazione dell'infezione HIV che, pur avendo una prevalenza ancora relativamente bassa rispetto a molti altri Paesi africani (1,2%, secondo le più recenti stime ufficiali del Ministero della Sanità etiopico), in una popolazione di circa 90 milioni di abitanti comporta un numero assoluto di casi rilevante con una incidenza dello 0,01 per 100. Il numero complessivo di pazienti in terapia antiretrovirale (344.344), rappresenta circa il 77% di coloro che necessitano di tale terapia (MoH 2014).

La spesa sanitaria annuale è molto bassa (20,8 USD per persona all'anno, di cui solo il 16% da fonte governativa - National Health Account 2014), corrispondente a circa due terzi della spesa sanitaria minima (32 USD) raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per i paesi in via di sviluppo. Non solo tale cifra è bassa, ma le scarse risorse disponibili sono anche mal distribuite, con una forte concentrazione in alcuni programmi verticali (quale quello per la lotta all'HIV/AIDS), mentre la differenza maggiore fra risorse disponibili e quelle necessarie per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio è stata riscontrata nell'area strategica di sviluppo di sistemi. Questa è la ragione che ha orientato la Cooperazione italiana a fornire risorse (tecniche, finanziarie, logistiche ed umane) per il rafforzamento dei sistemi sanitari.

2.4 Politiche del settore sanitario in Etiopia e il ruolo dell'Italia

Come previsto dall'Accordo italo etiopico, il settore sanitario in Etiopia rimarrà un settore prioritario d'intervento. L'Italia ha sottoscritto, nell'agosto 2007, l'“*International Health Partnership (IHP) Global Compact*”, e nell'agosto 2008, l'“*Ethiopia IHP Country Compact*”. Questi impegni politici rappresentano l'attuazione pratica dei principi della “Dichiarazione di Parigi” riguardanti:

- l'*ownership* nazionale,
- l'allineamento con i sistemi nazionali,
- l'armonizzazione tra partner di cooperazione,

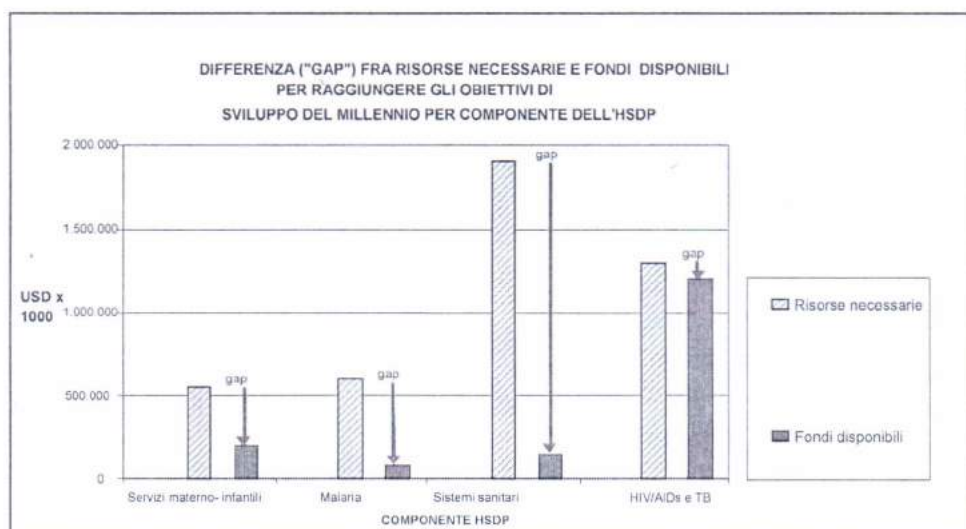
- la gestione per risultati e la “*mutual accountability*” con la finalità di aumentare l’“Efficacia degli aiuti” nel settore sanitario.

Nel 1997 il Governo etiopico ha concepito, col contributo dell'assistenza tecnica italiana (per gli HSDP II, III e IV), il Programma di sviluppo del settore sanitario (HSDP), un piano ventennale suddiviso in periodi quinquennali.

L’HSDP è allineato con il Piano di Sviluppo nazionale (Growth and Transformation Plan - GTP) del quale rappresenta l’articolazione settoriale per la sanità. Questo programma include sette componenti fondamentali: 1) erogazione di servizi sanitari di qualità, 2) riabilitazione ed espansione delle strutture sanitarie, 3) sviluppo delle risorse umane, 4) rafforzamento dei servizi farmaceutici, 5) informazione, educazione e comunicazione, 6) sistema informativo di gestione sanitaria (HMIS), 7) finanziamento del sistema sanitario.

L’iniziativa “Contributo italiano al Programma di sviluppo del settore sanitario (HSDP)” (Aid 6119), concepita in linea col GTP e l’HSDP, è iniziata nel 2003, con un contributo diretto al Governo etiopico di 12 milioni di Euro versato in un conto bancario dedicato e gestito dal FMOH con il monitoraggio dell’assistenza tecnica italiana. A questa ha fatto seguito nel 2009 la partecipazione italiana all’iniziativa multi-donatori “*Protection of Basic Services*” (Aid 9057), seconda fase (PBS II) gestito dalla Banca Mondiale. Il contributo italiano al PBS di 7,5 milioni di Euro comprendeva una componente di assistenza tecnica al Ministero della Sanità, nelle sue articolazioni federale, regionale e distrettuale, per il rafforzamento dei sistemi sanitari ed il monitoraggio tecnico e finanziario, attraverso la partecipazione italiana ai relativi organi di governo, nonché alla realizzazione, su richiesta della controparte, di studi e ricerche operative, disseminazione dei risultati e documentazione delle esperienze. La successiva fase del “Contributo italiano all’HSDP” è stata caratterizzata dall’aggiunta alla consueta assistenza tecnica e finanziaria al Ministero della Sanità ed agli Uffici regionali di sanità per il rafforzamento dei sistemi sanitari, del contributo italiano al fondo multidonatori “MDG Fund”, (Aid 9459) gestito dal Ministero della Sanità e congiuntamente monitorato da ministero e donatori per un importo totale di Euro 8.200.000 (di cui MEUR 2,9 per l’MDG Fund, 3,5 per gli Uffici regionali di sanità e 1,8 per assistenza tecnica e funzionamento). A questo primo contributo all’MDG Fund e sulla base dei buoni risultati raggiunti, ha fatto seguito un’ulteriore contributo italiano (Aid 10081) a detto Fondo per altri 7.000.000 di Euro, in corso di esecuzione. In seguito, l’Italia ha continuato il suo supporto al settore sanitario attraverso il finanziamento di una ulteriore iniziativa (Aid 10418) in favore degli Uffici regionali di sanità di Oromia e Tigray per un importo complessivo di Euro 4.140.000 (di cui Euro 3,5 milioni per le due regioni ed Euro 640.000 per assistenza tecnica e funzionamento).

In un contesto ricco di elementi favorevoli allo sviluppo e di difficili sfide, un’analisi dei bisogni e dei *gap* consente di identificare le opportunità per un intervento efficace. A fronte dell’evidente necessità di assicurare maggiori risorse finanziarie, i contributi dei donatori si sono concentrati su alcuni programmi verticali (in particolare quello per il controllo dell’AIDS), mentre la differenza maggiore fra le risorse disponibili e quelle necessarie per il raggiungimento degli MDG è stata osservata nell’area strategica di sviluppo di sistemi (vedi grafico seguente). Sono quindi necessari non solo un aumento delle risorse disponibili, ma anche una loro più equa distribuzione fra le diverse componenti del Programma settoriale, in particolare a favore dello sviluppo dei servizi sanitari di base nell’ambito di un più generale rafforzamento dei sistemi sanitari (Sistema informativo sanitario, Sistema logistico e di gestione farmaceutica, *water hygiene and sanitation*, Sistema di finanziamento dei servizi e Sviluppo delle risorse umane). Tali componenti saranno sviluppate nella presente iniziativa.



Differenza fra risorse necessarie e fondi disponibili per il raggiungimento degli MDG per le diverse componenti dell'HSDP IV.

2.5 Problemi da risolvere

Nelle regioni Amhara e SNNP il numero totale di centri sanitari (HC) è rispettivamente di 806 e 700. Analogamente, in Addis Abeba sono operativi 14 ospedali pubblici di diversa categoria.

L'iniziativa avrà tre componenti:

1. la fornitura di acqua potabile per 61 HC delle regioni Amhara e SNNP;
2. il miglioramento dello stoccaggio di farmaci e forniture mediche nella Regione Amhara, e
3. la realizzazione di un sistema di Electronic Medical Records (EMR) pienamente funzionale in 5 ospedali a Addis Abeba.

Le tre componenti sono parte di quanto previsto dal capitolo CBI *"Improve Health Infrastructure"* dell'HSDP IV, che indica tra gli interventi da effettuare in maniera integrata, l'implementazione dell'EMR (Comp. 3), e la costruzione e riabilitazione di Centri Sanitari e strutture/servizi annessi (Comp. 1 e 2).

Comp. 1: Fornitura di acqua potabile

In Etiopia solo il 65% degli HC beneficia di fonti d'acqua nel raggio di 500 metri. Le fonti di acqua sono di diversi tipi: acquedotto dedicato all'HC, fontane pubbliche limitrofe all'HC, approvvigionamento con autobotte, pozzi con pompa a mano, sorgenti protette e raccolta di acqua piovana dai tetti.

Nelle regioni Amhara e SNNP il 64% e il 69% dei centri sanitari hanno rispettivamente simili tipi di fonti d'acqua disponibili. I 61 centri di salute rimanenti, di cui 32 in Amhara e 29 in SNNP, non hanno alcun tipo di fonti d'acqua nel raggio di 500 metri.

Comp. 2: Stoccaggio di farmaci e forniture mediche

Farmaci e forniture mediche, inclusi i reagenti di laboratorio sono preziosi, di limitata disponibilità e costosi e quindi devono essere conservati e gestiti correttamente per evitare una riduzione nella loro efficienza. Al momento attuale la regione Amhara non dispone di un adeguato sistema di stoccaggio dei farmaci in 15 centri di salute.

Comp. 3: Electronic Medical Records in 5 ospedali in Addis Abeba

Nell'ambito dell'approccio *"Making Continuity of Care Possible"* preconizzato nell'HSDP IV, L'Electronic Medical Record (EMR) riveste un ruolo centrale. Detto EMR è costituito da un sistema informatizzato di raccolta dati della storia sanitaria di ogni paziente. Questo consente al paziente di ricevere, indipendentemente dalla struttura sanitaria a cui si rivolge, cure appropriate e basate sull'evidenza della sua storia clinica precedente (continuity-of-care).

Obiettivo dell'HSDP IV è di rendere disponibile il servizio EMR in tutti gli ospedali del paese. Allo stato attuale, solo 45 ospedali pubblici su 156 e 59 HC su 3.335 utilizzano l'MRU (Medical Record Unit) che rappresenta il primo modulo dell'EMR.

Questo progetto intende dare esecuzione completa del sistema EMR in 5 dei 14 ospedali pubblici in Addis Abeba. In particolare, trattasi dei seguenti ospedali: Ghandi hospital, Ras Desta hospital, Tirunesh Bejing hospital, Alert hospital e Zewditu hospital.

2.6 Gruppi destinatari

Componente 1

32 HC in regione Amhara e 29 in regione SNNP ed i relativi 518.500 utenti stimati all'anno beneficeranno direttamente di questo intervento. Beneficiari indiretti saranno rappresentati dalla restante popolazione (circa 1.006.500) dei loro rispettivi bacini d'utenza.

Componente 2

15 HC in regione Amhara e i relativi 127.500 utenti stimati all'anno beneficeranno direttamente di questo intervento attraverso la realizzazione di 15 magazzini di stoccaggio di farmaci. Beneficiari indiretti saranno rappresentati dalla restante popolazione (circa 247.500) dei loro rispettivi bacini d'utenza.

Componente 3

4 Ospedali Generali e 1 Ospedale Specializzato in Addis Abeba¹ e i relativi 3.060.000 utenti stimati all'anno, così come 136 operatori sanitari che verranno formati sull'utilizzo dell'EMR, beneficeranno direttamente di questo intervento. Beneficiari indiretti saranno rappresentati dalla restante popolazione (circa 5.940.000) dei loro rispettivi bacini d'utenza.

¹ Ospedali generali: Ghandi hospital, Ras Desta hospital, Tirunesh Bejing hospital, e Zewditu hospital; Ospedale specializzato: Alert hospital.

3. STRATEGIA D'INTERVENTO

3.1 Selezione della Strategia d'Intervento

L'iniziativa, tra le componenti identificate nell'ambito dell'*Ethio-Italian Cooperation Framework 2013-2015*, si configura come un contributo diretto ai programmi di sviluppo settoriale del Paese, attraverso una modalità di finanziamento, il credito d'aiuto, che attribuisce responsabilità esecutiva alle Istituzioni locali in quanto la Cooperazione italiana sta offrendo il suo contributo finanziario seguendo un approccio sempre più orientato verso l'armonizzazione e l'allineamento.

Tenendo anche in considerazione le procedure amministrative che regolano l'aiuto allo sviluppo italiano, si è optato per una strategia di intervento mista che prevede sia la componente di aiuto al programma (finanziamento al settore) che l'assistenza tecnica in gestione diretta.

La componente in gestione diretta verrà realizzata tramite un'apposita struttura denominata TAMU (*Technical Assistance and Monitoring Unit*) che, su specifica richiesta delle controparti locali, svolgerà funzioni sia di assistenza tecnica specialistica al Ministero della Sanità e agli Uffici Regionali del MoH, che di monitoraggio delle attività del programma.

I contributi della presente iniziativa sono coerenti con le modalità previste dall'*Health Harmonization Manual* dell'HSDP.

In particolare:

- Le attività relative al credito d'aiuto saranno eseguite dal Ministero della Sanità centrale e le attività previste a livello regionale saranno eseguite dagli Uffici Sanitari regionali di Amhara e SNNP. I fondi sotto questa componente sono dedicati al rafforzamento delle infrastrutture sanitarie (acqua agli Health Centers, stoccaggio farmaci e Electronic Medical Records negli ospedali).
- Le attività in gestione diretta DGCS, prevedono una consistente componente di assistenza tecnica specialistica e l'effettivo monitoraggio delle attività.

3.2 Obiettivo generale

Migliorare lo stato di salute della popolazione etiope in linea con l'HSDP e con gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute.

3.3 Obiettivo specifico, Risultati Attesi ed Indicatori

Componente 1 - Acqua agli Health Centers

Obiettivo specifico

Migliorare i servizi sanitari, al fine di aumentare la copertura, ridurre la morbidità, la mortalità e la disabilità per la popolazione di Amhara e SNNPR attraverso la fornitura di un sistema sostenibile di approvvigionamento idrico e smaltimento delle acque reflue in 61 centri sanitari.

Indicatori

- Il 100% degli HC dispone di 60 l/giorno per in-patient e 20l/giorno per out-patient
- Aumento dell'11% in Amhara e del 14% in SNNP degli HC con disponibilità di acqua nel raggio di 500m

Risultati attesi

1. Mappe per approvvigionamento idrico degli HC delle 2 regioni realizzate
2. Banca dati sulla disponibilità di acqua negli HC realizzata nelle 2 regioni
3. Metodo per l'approvvigionamento idrico, distribuzione dell'acqua e gestione delle acque reflue standardizzato
4. Sistema di approvvigionamento idrico e delle acque di scarico indipendente realizzato in 61 HC

Indicatori

- Per i risultati 1 e 2:
2 regioni possiedono il database aggiornato e producono mappe sulla disponibilità d'acqua negli HC
- Per il risultato 3:
Il MOH ha una metodologia standardizzata sugli interventi nel settore acqua negli HC
- Per il risultato 4:
100% degli in-patients dispone di 60l/giorno di acqua
100% degli out - patients dispone di 20l/giorno di acqua

Componente 2 - Stoccaggio farmaci

Obbiettivo specifico

Migliorare il sistema di stoccaggio di farmaci e forniture mediche nella regione Amhara

Indicatori

Riduzione pari 30% di sprechi di medicinali e forniture mediche

Risultati attesi

1. Magazzini di stoccaggio medicinali e forniture mediche per 15 HC realizzati

Indicatori

Magazzini di stoccaggio realizzati in linea con gli standard nazionali sullo stoccaggio di medicinali e forniture mediche

Componente 3 - EMR negli ospedali

Obbiettivo specifico

Istituire un sistema EMR funzionale in 5 ospedali di Addis Ababa

Indicatori

5 ospedali producono rapporti automatici EMR

Risultati attesi

1. 5 ospedali equipaggiati con la necessaria strumentazione ITC
2. Lo staff MRU e gli operatori sanitari di 5 ospedali sono formati e in grado di utilizzare il software EMR
3. 5 ospedali producono rapporti EMR automatici

Indicatori

Per tutti i risultati attesi:

% di nuovi pazienti iscritti nel sistema EMR

3.4 Attività

Le attività, dettagliate per ciascuna componente e gli attori coinvolti nella realizzazione del programma sono elencati nelle seguenti tabelle:

Componente 1 - Acqua agli Health Centers

I RHBs di Amhara e SNNP, effettueranno con l'assistenza tecnica specialistica della TAMU una attualizzazione della mappatura degli HC con inadeguato accesso all'acqua effettuata in fase di identificazione. Contestualmente verranno raccolti dati sulle fonti d'acqua per ciascun HC al fine di valutare al meglio le azioni da intraprendere per fornire adeguato accesso all'acqua per ciascun HC.

Queste attività verranno svolte, sia per quanto riguarda la componente di approvvigionamento idrico che per quella di smaltimento delle acque reflue, in maniera tale da creare una metodologia standardizzata d'intervento ogni qualvolta un HC in ambito rurale necessita di opere idriche. Successivamente alla preparazione dei documenti tecnici (disegni, calcoli idraulici e capitolati di spesa) e dei documenti di gara, si procederà alla selezione delle ditte realizzatrici tramite gara d'appalto come previsto nel capitolo 5.1. I RHBs saranno inoltre responsabili delle attività di monitoraggio e supervisione lavori. Per quanto riguarda l'approvvigionamento idrico si prevedono 4 diversi tipi di soluzione: perforazione di nuovi pozzi, riabilitazione di pozzi esistenti, captazione di sorgenti e allacciamento ad acquedotto già esistente. Per ogni HC è comunque prevista l'installazione di sistemi per la raccolta di acqua piovana dai tetti. Quest'ultimo tipo d'intervento è volto a raccogliere l'acqua piovana durante la stagione delle piogge e coprire parte del fabbisogno idrico delle strutture durante la stagione secca.

Nella tabella seguente vengono riassunte le attività da svolgere per questa componente unitamente agli attori coinvolti.

Num.	Attività	Attori coinvolti		Note
		Realizza	Assiste	
1	Mappatura degli HC con inadeguato accesso all'acqua	RHBs,	TAMU	La raccolta dati deve essere effettuata in maniera adeguata alla creazione di un database.
2	Raccolta dati sulle fonti di approvvigionamento d'acqua agli HC.			
3	Design e standardizzazione dell'approccio per la foritura d'acqua agli HC	MOH, RHBs,	TAMU	

Num.	Attività	Attori coinvolti		Note
		Realizza	Assiste	
4	Costruzione e/o riabilitazione degli schemi idrici/acque reflue in 61 HC	Ditte	TAMU	Le procedure di procurement seguiranno le disposizioni riportate nell'Accordo bilaterale. Le attività di monitoraggio e supervisione lavori saranno realizzate dai RHBs con l'assistenza della TAMU.

Componente 2 - Stoccaggio farmaci

Il RHB dell'Amhara realizzerà, con l'assistenza tecnica specialistica della TAMU, i disegni tecnici e i relativi capitolati d'appalto. Essendo le strutture della stessa natura e localizzate nella stessa regione, verrà realizzato un unico design in maniera da standardizzare l'intervento. Successivamente alla preparazione di tali documenti e dei documenti di gara, si procederà alla selezione delle ditte realizzatrici tramite gara d'appalto come previsto nel capitolo 5.1. Il RHB sarà inoltre responsabile delle attività di monitoraggio e supervisione lavori.

Nella tabella seguente vengono riassunte le attività da svolgere per questa componente unitamente agli attori coinvolti.

Num.	Attività	Attori coinvolti		Note
		Realizza	Assiste	
1	Realizzazione del design e delle specifiche tecniche per le infrastrutture	RHBs,	TAMU	
2	Gare d'appalto	RHBs,	TAMU	
3	Costruzioni	Ditte appaltatrici	MOH, RHBs	Le procedure di procurement seguiranno le disposizioni riportate nell'Accordo bilaterale.

Num.	Attività	Attori coinvolti		Note
		Realizza	Assiste	
4	Monitoraggio e supervisione lavori	RHBs,	TAMU	

Componente 3 - EMR negli ospedali

L'HSDP preconizza il principio della cosiddetta "continuità delle cure". Il sistema Electronic Medical Record è lo strumento principale per l'attuazione di questo principio ed è basato su un sistema informatizzato di raccolta dati della storia sanitaria di ogni paziente al fine di razionalizzare un sistema di riferimento efficiente che consenta di fornire, indipendentemente dalla struttura sanitaria a cui ci si rivolge, cure appropriate e basate sull'evidenza della sua storia clinica precedente registrata anche su un tesserino elettronico individuale. L'iniziativa contribuisce alla realizzazione di questo sistema negli ospedali generali Ghandi hospital, Ras Desta hospital, Tirunesh Bejing hospital e Zewditu hospital nonché nell'ospedale specializzato Alert hospital di Addis Abeba. Per realizzare questa componente si prevede di istituire un Technical Working Group (TWG) presso l'MOH, composto da tecnici provenienti dal Medical Services Directorate, dal Public Health Institute e dall'Health Bureau della regione di Addis Abeba. Inizialmente sarà aggiornata la valutazione del patrimonio informatico e delle reti dei 5 ospedali in questione al fine di preparare una stima precisa degli equipaggiamenti necessari valutando attentamente i gap presenti negli ospedali selezionati. Successivamente verrà lanciata una gara d'appalto per la fornitura, l'installazione e il collaudo delle apparecchiature informatiche e delle reti necessarie all'implementazione dell'EMR. In seguito tali strutture saranno testate inizialmente con dei dati fittizi per poi passare all'utilizzo dei dati reali dei pazienti. Contemporaneamente lo staff ospedaliero sarà formato sull'utilizzo del sistema e verranno inoltre prodotti dei manuali d'uso che saranno messi a disposizione degli operatori coinvolti.

Nella tabella seguente vengono riassunte le attività da svolgere per questa componente unitamente agli attori coinvolti.

Num.	Attività	Attori coinvolti		Note
		Realizza	Assiste	
1	Valutazione sul campo	TWG	TAMU	
2	Acquisto di Hardware per 5 nuovi ospedali	MOH	TAMU	Le procedure di procurement seguiranno le disposizioni riportate nell'Accordo bilaterale.
3	Installazione della rete informatica in 5 nuovi ospedali	Ditta appaltatrice	TWG, TAMU	
4	Test delle reti informatiche	Ditta appaltatrice	TWG, TAMU	

Num.	Attività	Attori coinvolti		Note
		Realizza	Assiste	
5	Installazione del software EMR negli ospedali selezionati	Ditta appaltatrice	TWG, TAMU	
6	Test del software EMR con dati reali dei pazienti	Ditta appaltatrice	TWG, TAMU	
7	Manutenzione del sistema EMR	Ditta appaltatrice, MOH	TWG, TAMU	
8	Documentazione del sistema EMR	TWG	TAMU	
9	Preparazione del manuale d'uso per gli utenti del sistema EMR	TWG	TAMU	
	Formazione dello staff MRU sull'utilizzo del sistema EMR	TWG	TAMU	
	Follow up e assistenza tecnica del sistema EMR	Ditta appaltatrice, TWG	TAMU	
	Realizzazione di incontri regolari <i>ad hoc</i> con lo staff sanitario	TWG, MOH	TAMU	
	Utilizzo del software EMR con dati reali dei pazienti	MOH, personale ospedaliero		

In generale durante le varie attività sopra riportate, il personale del MOH potrà richiedere anche il supporto dell'assistenza tecnica specialistica fornita dalla TAMU, composta da esperti italiani ed etiopici e descritta nel par. 5.2. L'assistenza tecnica ha comunque come compiti principali quelli di supervisionare l'andamento generale del progetto e monitorare un impiego corretto dei fondi teso a raggiungere con efficacia gli obiettivi del programma.

4. FATTORI ESTERNI

4.1 Condizioni e Rischi

Il contributo italiano si inserisce nel quadro di un sostegno internazionale al settore sanitario del Paese, e il settore è parzialmente dipendente da questo per il proprio sviluppo, una diminuzione sostanziale degli aiuti internazionali potrebbe causare un ridimensionamento della copertura dei servizi sanitari e dei target.

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

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

In relazione alle attività delle controparti a livello regionale, la capacità di assorbimento dei fondi costituisce un fattore limitante e potenzialmente un elemento negativo, se non costantemente monitorata e supportata, per la realizzazione dell'intervento. Il Programma prevede però sufficiente assistenza tecnica per assicurare un monitoraggio efficace.

5. REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO

5.1 Modalità di realizzazione

Il programma agisce nel quadro dell'HSDP. Il Ministero della Sanità fungerà da organismo esecutore per il programma che durerà 24 mesi. Pertanto l'erogazione dei fondi a Credito d'aiuto è prevista in due tranche considerando la necessità per la parte etiopica di poter disporre fin dall'inizio di fondi adeguati per il lancio delle molteplici gare previste per ciascuna componente.

Gli elementi essenziali della governance e gestione del programma, sono i seguenti:

1. Sarà istituito uno **Steering Committee** (di seguito denominato "SC"). Esso sarà composto da 5 membri in rappresentanza di MoFED, MOH, UTL, RHBs di Amhara e SNNP. Lo SC si occuperà della supervisione generale del programma. Si riunirà ogni anno per valutare i progressi verso il raggiungimento degli obiettivi, l'aderenza/allineamento con le politiche settoriali nazionali e ad approvare i piani d'azione per il credito d'aiuto. Tutte le decisioni dello SC devono essere prese all'unanimità. Esso si riunirà su richiesta di uno dei suoi membri, almeno una volta l'anno o ogni volta che la situazione lo richieda. I costi associati con la partecipazione alle riunioni, se presenti, saranno a carico delle rispettive istituzioni.

2. Il **MOH**. Il Ministero della Sanità agirà come organismo esecutore del programma e dovrà fornire a proprie spese gli stipendi del personale coinvolto nel programma, tra cui la Person in Charge (PIC), i cui ruoli e responsabilità sono definiti al seguente punto 4.

3. I **RHBs**. I Regional Health Bureaus delle regioni Amhara e SNNP fungeranno da Agenzie d'esecuzione delegate e svolgeranno le attività a livello locale e, quando necessario, richiederanno l'assistenza della TAMU.

4. Il **PIC**. Il Ministero della Sanità deve designare il PIC, che sarà a capo di una Programme Implementation Unit (PIU) basata al suo interno e responsabile della gestione dei fondi del credito d'aiuto. Il PIC sarà assistito dal Team della TAMU. Il PIC firmerà i rapporti e la richiesta di trasferimento di fondi in base alle pertinenti disposizioni dell'Accordo ed avrà nei confronti delle parti la responsabilità di garantire la piena attuazione dell'Accordo. Il PIC, sotto la supervisione generale dello SC, dirigerà e coordinerà l'assistenza tecnica fornita al programma.

5. La **TAMU**. Per agevolare l'effettiva attuazione del programma, una unità di assistenza tecnica e monitoraggio (Technical Assistance and Monitoring Unit - TAMU), diretta dall'Italian Expert (IE), è costituita a sostegno delle attività del MOH e dei RHBs e per il monitoraggio tecnico-finanziario del programma. Oltre tali attività, la TAMU sosterrà l'MOH e i RHBs in attività di ricerca e studi. La TAMU sarà costituita dagli esperti italiani designati dal MAECI/DGCS, esperti locali e personale di supporto. La TAMU sarà posizionata al di fuori delle strutture del MOH e i costi di funzionamento e gestione della stessa, inclusi l'affitto dell'ufficio e gli stipendi del personale, saranno finanziati dal GOI. La TAMU in nessun modo avrà ruoli di implementazione diretta nelle attività del programma, ma per tutto l'arco dell'iniziativa svolgerà un ruolo di supporto tecnico e di monitoraggio.

6. Gli **audit**. Gli audit saranno realizzati per anno fiscale e saranno effettuati da una società di audit indipendente e selezionata dalla lista ufficiale degli Auditors autorizzati ad operare in Etiopia dall'Office of the Federal Auditor General (OFAG). Gli audit si focalizzeranno su aspetti amministrativo-finanziari e su aspetti tecnici come previsto all'articolo 8.1 dell'Accordo.

7. Il **calendario di attuazione** del programma sarà dettagliato nei Piani d'azione (APs) del programma.

8. **Procurement**: Come previsto dall'articolo 9.3 dell'Accordo bilaterale e in linea con le disposizioni contenute nell'Ethiopian International Health Partnership Compact (sottoscritto dall'Italia nel 2008) e con l'Health Harmonization Manual dell'HSDP, l'MOH utilizzerà per il procurement effettuato nell'ambito dell'HSDP e pertanto del presente programma, i canali e le procedure del GOE che riprendono quelle della Banca Mondiale. Tali procedure sono quelle comunemente usate nell'ambito di cooperazione bilaterale da parte dei partner allo sviluppo. In particolare l'approvvigionamento di beni in ambito sanitario, sarà garantito dalla Pharmaceutical Fund and Supply Agency (PFSA), agenzia di stato per le forniture farmaceutiche e le attrezzature sanitarie a prezzi ufficiali. Per quanto riguarda invece i contratti di lavori per le infrastrutture previste nel programma, questi sono da intendersi "chiavi in mano" e saranno stipulati tra RHBs e le ditte selezionate, attraverso gare d'appalto.

Tutti i contratti saranno stipulati in conformità con le disposizioni contenute nel documento *Eligibility Criteria, Ethical Clauses, Contract General Principles* in allegato B all'Accordo.

5.2 Quadro istituzionale e responsabilità per la realizzazione del programma

Di seguito si riportano la lista degli organismi coinvolti nella realizzazione dell'iniziativa ed il relativo ruolo:

Per il GOE:

Il Ministero delle finanze e dello sviluppo economico d'Etiopia (**MoFED**), rappresenta il GOE quale controparte del Governo italiano per questo programma ed è il firmatario dell'Accordo bilaterale del programma con il Governo Italiano ed assicurerà che quanto previsto nella bozza di accordo intergovernativo in allegato sia rispettato da tutti gli organismi etiopici coinvolti. In linea con le disposizioni, di cui all'Articolo 4.2 dell'Accordo, il MoFED stabilirà un Accordo finanziario con Artigiancassa al fine di trasferire i fondi del credito d'aiuto su un conto speciale presso la Banca nazionale dell'Etiopia (NBE).

Il Ministero della Sanità (**MOH**) agirà come Agenzia d'esecuzione a livello federale.

L'MOH

- Con l'assistenza del MoFED, aprirà un conto bancario dedicato ai fondi del credito d'aiuto;
- Comunicherà alla IDC/UTL, non appena l'Accordo finanziario entrerà in vigore, le coordinate del conto bancario, al fine di consentire il trasferimento del credito d'aiuto;
- Assisterà i RHBs nell'apertura dei loro conti presso le agenzie regionali della Commercial Bank of Ethiopia, in valuta locale;
- Sarà responsabile della gestione del finanziamento (erogazione, approvvigionamento, reporting, contabilità, revisione, etc.).
- Designerà la Person in Charge (**PIC**) del programma per la gestione dei fondi come previsto dall'Accordo. Al PIC verrà fornita assistenza tecnica specialistica dalla TAMU per ciò che riguarda i seguenti compiti:
 - La preparazione, dei Piani d'Azione (APs) e dei Semi-annual Reports (SARs) e dei rapporti di richiesta di tranches (Instalment Request Report - IRR);
 - La trasmissione degli APs allo Steering Committee (SC) per approvazione;
 - La trasmissione dei SARs, degli IRR e le richieste di riallocazione dei fondi come previsto all'Articolo 9.1 dell'Accordo.

Gli Uffici regionali di sanità (**RHBs**), di Amhara e SNNP agiranno come Agenzie d'esecuzione delegate a livello regionale. Esse saranno responsabili della gestione dei fondi delle Componenti 1 e 2 del programma. Le loro responsabilità comprendono la realizzazione delle attività previste nei loro APs. I RHBs, con l'assistenza della TAMU, dovranno:

- preparare gli APs da inviare, attraverso il PIC, allo SC per approvazione;
- assicurare il procurement di beni e servizi necessari per l'attuazione degli APs;
- sottoscrivere e gestire i relativi contratti;
- redigere relazioni tecniche e finanziarie semestrali (SAR) e i rapporti di richiesta di tranches (Instalment Request Report - IRR in base alle disposizioni dell'Accordo e trasmetterle al MAECI/DGCS via PIC e IDC/UTL per approvazione.

La National Bank of Ethiopia (**NBE**) in qualità di amministratore dello "Special Account" in Euro, in cui il governo italiano trasferirà i fondi del credito d'aiuto; Nota: I fondi saranno poi trasferiti dal Ministero della Sanità, in Ethiopian Birr, alle agenzie regionali di Amhara e SNNP della Commercial Bank of Ethiopia ai fini delle attività di questo programma.

Le agenzie regionali di Amhara e SNNP della Commercial Bank of Ethiopia (**RCB**) agiranno in

qualità di amministratori dei conti speciali regionali in Ethiopian Birr aperti dai RHBs su richiesta del MOH.

Per il GOI:

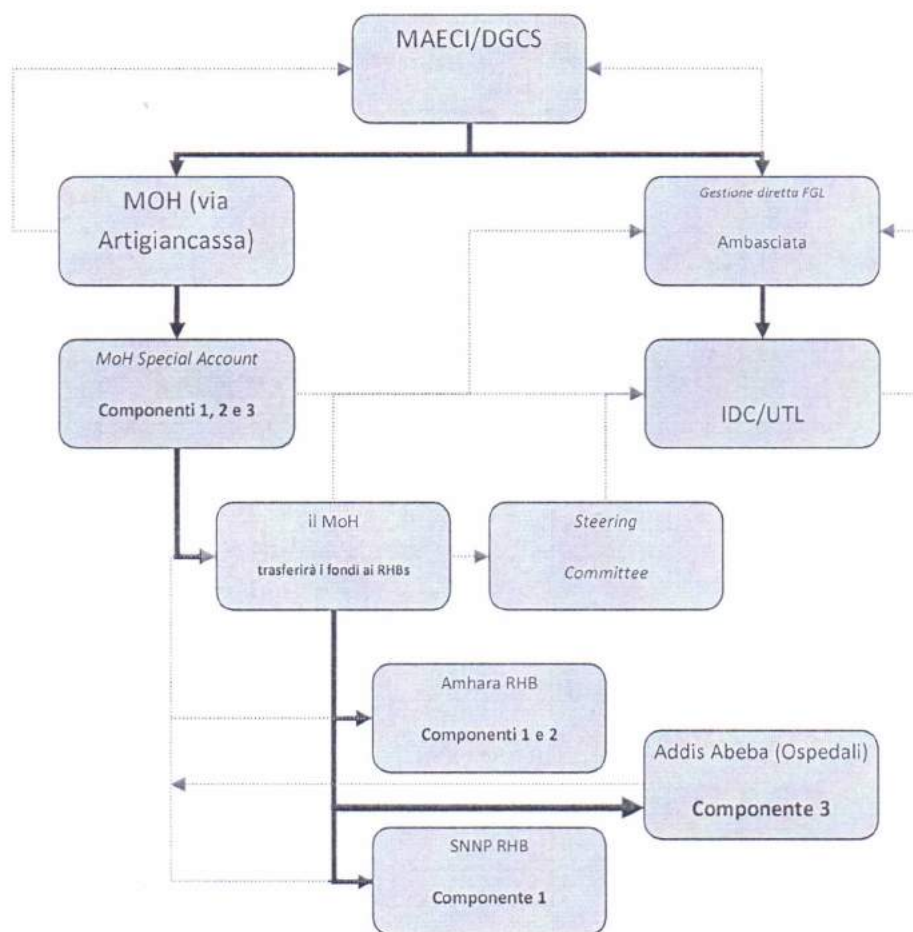
La Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale (**MAECI/DGCS**) rappresenta il Governo italiano per l'Accordo e agisce come controparte del GOE per il programma. Il MAECI/DGCS designerà, in conformità con le sue procedure interne, l'esperto italiano (EI) che dirigerà la TAMU e anche gli altri esperti durante l'attuazione delle attività come indicato nel PID. Il MAECI/DGCS eseguirà, in collaborazione con l'MOH, attività di valutazione (in corso, finale, ex post) ogni volta che ciò sia ritenuto opportuno.

L'Unità Tecnica Locale/Cooperazione Italiana allo Sviluppo (**IDC/UTL**) rappresenta il MAECI/DGCS in Etiopia per l'attuazione dell'Accordo. E' responsabile della supervisione delle attività bilaterali di cooperazione tra l'Italia e l'Etiopia e supervisionerà gli esperti della TAMU oltre a partecipare allo Steering Committee come membro.

Artigiancassa SpA (di seguito denominata "Artigiancassa"), è l'istituto finanziario italiano designato dal Governo italiano a firmare l'Accordo finanziario col MoFED. Artigiancassa agirà come finanziatore per il prestito a nome del GOI fornendo tutti i trasferimenti richiesti dal MoFED e riceverà i rimborsi in conformità con l'Accordo finanziario.

5.3 Metodologia d'Intervento

Il programma, concepito in linea con l'Health Sector Development Programme, ne seguirà norme e modalità di intervento e verrà eseguito in maniera collaborativa dai principali attori (MAECI/DGCS, IDC/UTL, NBE, RHBs, PIC, MOH, MoFED). Il flusso dei fondi e dei rapporti seguirà le procedure definite nell'Accordo intergovernativo (vedi grafico seguente).



Il flusso dei fondi →

Il flusso dei rapporti - - - - ->

5.4 Risorse e stima dei costi

Nella tabella seguente sono rappresentati gli elementi costitutivi del programma ed i relativi importi. Tutti i costi sotto riportati tengono conto dei precedenti programmi e dei prezzi prevalenti sul mercato. Essi sono da ritenersi congrui ed ammissibili.

Budget di previsione (in Euro)

	ELEMENTI	I° tranche	II° tranche	Totale Euro	Note
A	Credito d'aiuto	3.000.000	2.000.000	5.000.000	Gestione MOH
B	Fondo in loco	243.000	0	243.000	Gestione diretta DGCS
C	Fondo esperti (Assistenza tecnica e monitoraggio - 3 esp. 48 m/u)	480.000	0	480.000	
	TOTALE	3.723.000	2.000.000	5.723.000	

Credito d'aiuto

Le risorse finanziarie previste dall'Accordo a titolo di credito d'aiuto saranno trasferite al MoFED. Successivamente il MoFED si farà carico di trasferire detti fondi in Euro all'MOH.

Le quote di credito d'aiuto stimate per ciascuna Componente del programma (vedi tabella seguente) sono state determinate nel corso della fase preliminare di identificazione congiunta e potranno essere modificate in base ai piani d'azione dettagliati, senza superare l'importo complessivo di euro 5.000.000 e secondo la procedura di cui all'articolo 9.1 dell'Accordo.

Costi stimati per Componente

	COMPONENTI	I° tranche	II° tranche	Totale Euro
1	Fornitura di acqua potabile a HC selezionati	1.784.000	2.000.000	3.784.000
2	Costruzione/riabilitazione di magazzini per farmaci e attrezzature sanitarie per HC selezionati	216.000	0	216.000
3	Implementazione di EMR in ospedali selezionati	1.000.000	0	1.000.000
	Total	3.000.000	2.000.000	5.000.000

Di seguito vengono riportati in dettaglio i costi stimati per ciascuna componente del programma. Tali costi sono stati determinati, in fase di identificazione dei bisogni, attraverso una serie di missioni di valutazione effettuate sui siti di intervento del programma congiuntamente alle controparti dell'MOH.

I costi sotto riportati si riferiscono alle condizioni trovate sul campo nella fase di identificazione. Tali costi, in fase di implementazione del programma, potranno subire delle variazioni nelle quantità e nei costi unitari. Tali variazioni saranno comunque opportunamente motivate nella stesura dei piani d'azione del programma.

I costi sotto descritti sono da ritenersi giustificati sotto l'aspetto tecnico ed inoltre ammissibili e congrui dal punto di vista economico poiché ricavati a partire da costi rilevati localmente e basati su parametri noti ed in vigore in Etiopia.

Componente 1 - Fornitura di acqua potabile a HC selezionati

Num.	Descrizione	Unità'	Costo unitario EURO	Quantità'	I° TRANCHE	II° TRANCHE	Totale
1	STUDI						
1,1	Studio di fattibilità e supervisione lavori	forfait	400.000	1	400.000	0	400.000
	Totale 1				400.000	0	400.000
2	Sistemi idrici per HC						
2,1	Messa in opera di sistemi per la raccolta dell'acqua piovana	pezzo	12.500	61	125.000	637.500	762.500
2,2	Protezione di sorgenti	pezzo	1.800	28	25.200	25.200	50.400
2,3	Riabilitazione pozzi	pezzo	12.000	13	84.000	72.000	156.000
2,4	Perforazione pozzi	pezzo	120.000	12	720.000	720.000	1.440.000
2,5	Serbatoi d'acqua	pezzo	1.300	61	35.100	44.200	79.300
2,6	Tubazioni HDPE (trasmissione e distribuzione)	m	2,3	122.000	124.200	156.400	280.600
2,7	Tubazioni GI	m	3,4	20.000	24.000	44.200	68.200
2,8	Raccorderia	forfait	4.000	61	108.000	136.000	244.000
2,9	Pompe sommerse	pezzo	4.500	18	40.500	40.500	81.000
	Totale 2				1.286.000	1.876.000	3.162.000
3	Sistemi per acque reflue						
3,1	Costruzione di vasche settiche	pezzo	2.000	61	54.000	68.000	122.000
3,2	Tubazioni in PVC	m	0,8	3.000	800	1.600	2.400
3,3	Lavori in muratura	forfait	1.600	61	43.200	54.400	97.600
	Totale 3				98.000	124.000	222.000
	TOTALE 1+2+3				1.784.000	2.000.000	3.784.000

Vista la natura dei lavori, di comune accordo con MOH e RHBs, si è deciso di dimensionare la prima tranche in maniera tale da coprire gli interventi in 27 HC, mentre con la seconda tranche si copriranno i rimanenti 34. Tale ripartizione è stata effettuata tenendo conto della posizione geografica degli HC in maniera tale da ottimizzare i costi relativi alla mobilitazione e demobilitazione dei cantieri ottenendo di conseguenza delle economie sulla componente logistica.

Componente 2 - Magazzini per farmaci e attrezzature sanitarie per HC selezionati

Num.	Descrizione	Unita'	Costo unitario EURO	Quantita'	I° TRANCHE	II° TRANCHE	Totale
1	STUDI						
1,1	Preparazione disegni e supervisione lavori	forfait	21.000	1	21.000	0	21.000
	Totale 1				21.000	0	21.000
2	COSTRUZIONE MAGAZZINI						
2,1	Realizzazione infrastrutture magazzini di stoccaggio farmaci	pezzo	13.000	15	195.000	0	195.000
	Totale 2				195.000	0	195.000
	Totale 1+2				216.000	0	216.000

Componente 3 - Electronic Medical Records in 5 ospedali selezionati

Num.	Descrizione	Unita'	Costo unitario EURO	Quantita'	I° TRANCHE	II° TRANCHE	Totale
1	HARDWARE						
1,1	Computer (desktop)	pezzo	500	212	106.000	0	106.000
1,2	Memoria RAM	pezzo	60	202	12.120	0	12.120
1,3	Stampanti	pezzo	350	229	80.150	0	80.150
1,4	Scanner Biometrico	pezzo	140	44	6.160	0	6.160
1,5	Schermo LCD	pezzo	280	15	4.200	0	4.200
1,6	Proiettore LCD	pezzo	1.200	5	6.000	0	6.000
1,7	Laptop	pezzo	890	5	4.450	0	4.450
1,8	UPS	pezzo	400	212	84.800	0	84.800
	TOTALE 1				219.080	0	219.080
2	SOFTWARE						
2,1	Antivirus	pezzo	32	217	6.944	0	6.944
	TOTALE 2				6.944	0	6.944
3	COSTI OPERATIVI EMR						
3,1	Carburante per generatore	litri	0,78	157.900	123.351	0	123.351
3,2	Manutenzione rete informatica	interventi	900	25	22.500	0	22.500
3,3	Ricambi per computer (10% costo computer)	forfait	11.044	1	11.044	0	11.044
	TOTALE 3				156.895	0	156.895
4	TRAINING AND CAPACITY BUILDING						
4,1	Basic SmartCare Training	Partecipante	21	1.901	39.583	0	39.583
4,2	Basic SmartCare Training-Refresher	Partecipante	12	1.901	23.750	0	23.750
4,3	Training of trainers	Trainer of trainers	300	15	4.498	0	4.498
4,4	Trainer cost	Trainer	21	317	6.597	0	6.597
4,5	TOT on SmartCare	Partecipante	154	25	3.852	0	3.852

Num.	Descrizione	Unita'	Costo unitario EURO	Quantita'	I° TRANCHE	II° TRANCHE	Totale
4,6	Training on IT project management	Partecipante	833	10	8.329	0	8.329
4,7	SQL and Oracle	Partecipante	833	10	8.329	0	8.329
4,8	Cisco Training and Certification	Partecipante	833	10	8.329	0	8.329
	TOTALE 4				103.267	0	103.267
5	LAN						
5,1	UPS per computers	pezzo	292	20	5.830	0	5.830
5,2	Prolunghe elettriche	pezzo	7	183	1.219	0	1.219
5,3	Wireless Access point (AP)	pezzo	666	71	47.308	0	47.308
5,4	Mid-size Server	pezzo	5.830	1	5.830	0	5.830
5,5	High-end Server	pezzo	14.159	4	56.637	0	56.637
5,6	UPS per Server(2200VA)	pezzo	1.249	5	6.247	0	6.247
5,7	Network Switch	pezzo	1.249	20	24.987	0	24.987
5,8	Network rack Cabinet	pezzo	167	17	2.832	0	2.832
5,9	Cavo Network UTP (Rotolo)	pezzo	167	16	2.665	0	2.665
5,10	Cavo fibra ottica e accessori (per metro)	m	625	132	82.456	0	82.456
5,11	Network RJ45 socket	pezzo	17	64	1.066	0	1.066
5,12	Spinotti Rj45	pezzo	0	1.200	500	0	500
5,13	Patch Cord 3M	pezzo	3	143	476	0	476
5,14	Patch Cord 1M	pezzo	2	102	255	0	255
5,15	Pannello Patch	pezzo	125	13	1.624	0	1.624
5,16	Canaletta PVC (metro)	m	2	1.500	2.499	0	2.499
5,17	Cavo elettrico (Rotolo)	pezzo	125	880	109.942	0	109.942
5,18	Split tipo AC	pezzo	1.666	4	6.663	0	6.663
5,19	Cavo di rinforzo (Rotolo)	pezzo	62	652	40.697	0	40.697
5,20	Clamp metalliche	pezzo	1	800	666	0	666
5,21	Scheda d'interfaccia per la rete Wireless (NIC)	pezzo	3	17	57	0	57
5,22	Canaletta sotto traccia (3metri)	pezzo	1	1.200	999	0	999
5,23	Set attrezzi manutenzione	pezzo	250	8	1.999	0	1.999
5,24	Controller per rete wireless	pezzo	6.247	10	62.467	0	62.467
5,25	Core Switch (48 porte)	pezzo	4.164	10	41.645	0	41.645
5,26	Server rack cabinet	pezzo	1.249	5	6.247	0	6.247
	Totale 5				513.814	0	513.814
	Totale 1+2+3+4+5				1.000.000	0	1.000.000

Accreditamento dei fondi a credito d'aiuto

All'entrata in vigore dell'Accordo ed alla firma di un Accordo di finanziamento tra il MoFED e la banca intermediaria italiana Artigiancassa, nonché in seguito al soddisfacimento delle precondizioni sotto elencate (Art. 6.4 dell'Accordo), la stessa Artigiancassa trasferirà i fondi, in due tranche rispettivamente di Euro 3.000.000 e di Euro 2.000.000 secondo le seguenti procedure di accreditamento.

Procedure di accreditamento per la prima tranche:

Prima dell'avvio della procedura di erogazione della prima tranche da parte di Artigiancassa, il MAECI/DGCS verifica che le seguenti precondizioni siano state soddisfatte:

- a) Il MOH avrà assegnato il PIC;
- b) Il MoFED avrà informato il MAECI/DGCS attraverso l'Ambasciata italiana sulle coordinate del conto bancario di destinazione;
- c) Il PIC avrà presentato ad Artigiancassa una richiesta specifica per l'accredito dei fondi;
- d) Il MOH avrà fornito un piano programmatico, approvato dalla IDC/UTL/DGCS, relativo all'intero ammontare dei fondi.

Procedure di accreditamento per la seconda tranche:

Prima dell'avvio della procedura di erogazione della seconda tranche da parte di Artigiancassa le seguenti precondizioni dovranno essere soddisfatte:

- a) L'60% della prima tranche è impegnato e il 30% della stessa tranche è speso e giustificato;
- b) L'audit tecnico e finanziario è realizzato ed il relativo rapporto trasmesso ed approvato dal MAECI/DGCS e da Artigiancassa;
- c) IRR redatto e trasmesso dal MOH al MAECI/DGCS tramite l'IDC/UTL.

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

ELEMENTI	EURO
Fondo in loco	243.000
Fondo esperti	480.000
Totale	723.000

Per quanto riguarda il Fondo in loco ed il Fondo esperti, è stato possibile stabilire i costi unitari e le quantità presunte per le diverse linee di budget.

Fondo in loco

Il Piano Operativo Generale (POG) sarà sottoposto all'approvazione del MAECI/DGCS non appena saranno disponibili i dettagli necessari alla sua redazione. Tuttavia, qui di seguito, si disegnano sinteticamente le sue linee generali ed il futuro utilizzo del relativo Fondo in loco:

Il Fondo in loco è disegnato per consentire l'operatività dell'assistenza tecnica e monitoraggio nonché delle attività di studio, ricerca operativa, pubblicazione e disseminazione delle esperienze a livello centrale, delle regioni, dei distretti e presso partner, organizzazioni internazionali ed ONG operanti nel settore sanitario. Esso è in particolare destinato a consentire le attività di monitoraggio delle attività del programma e la partecipazione italiana al dialogo istituzionale, in corso nel Paese, su armonizzazione ed allineamento.

Sulla base dell'esperienza delle iniziative sanitarie passate, è possibile stimare che i costi di funzionamento e ricerche, incluso il costo di consulenti ed esperti con contratto locale, ammonterebbe a circa Euro 380.000. Al fine di ottimizzare tali costi e sviluppare sinergie positive, la "Technical Assistance and Monitoring Unit (TAMU)" condividerà uffici, attrezzature e veicoli delle iniziative italiane già in atto nel settore sanitario. Pertanto, la ripartizione del budget per voci di costo tiene conto delle attività da svolgere, ma anche delle correnti disponibilità di fondi presso le altre iniziative sanitarie della Cooperazione Italiana il cui uso, pur contabilmente distinto e separatamente rendicontato, sarà operativamente integrato a quello del presente Fondo in loco. Ne consegue che, per alcune voci di budget, si è ridotta la stima del fabbisogno operando sul numero di mesi (8 o 16 invece che 24) ottenendo congrui risparmi pur garantendo l'operatività del programma.

Pertanto il budget del Fondo in loco risulta così articolato:

VOCI		EURO
1	ATTREZZATURE (ACQUISTI)	12.000
2	FONDI DI GESTIONE	201.000
3	ATTIVITÀ DI PROGRAMMA	30.000
TOTALE		243.000

In maggior dettaglio:

VOCI		Unità	Quantità	Costo Unitario	Totale
1	ATTREZZATURE (ACQUISTI)				12.000
1.1	Arredi ed attrezzature da ufficio	Forfait	1	12.000	12.000
2	FONDI DI GESTIONE				201.000
2.1	Canoni affitto locali	Mesi	8	2.500	20.000
2.2	Utenze e tasse	Mesi	8	600	4.800
2.3	Cancelleria e stampati	Mesi	16	375	6.000
2.4	Trasferimenti e trasporti	Mesi	16	975	15.600
2.5	Assicurazioni	Forfait	1	2.200	2.200

	VOCI	Unità	Quantità	Costo Unitario	Totale
2.6	Manutenzioni	Mesi	16	975	15.600
2.7	Personale locale	Mesi	16	1.950	31.200
2.8	Consulenti, contratti locali	Mesi	16	6.000	96.000
2.9	Spese generali (bancarie, ecc.)	Mesi	16	600	9.600
3	ATTIVITÀ DI PROGRAMMA				30.000
3.1	Ricerche operative, studi e seminari	Forfait	1	15.000	15.000
3.2	Divulgazione risultati	Forfait	1	15.000	15.000
	TOTALE				243.000

Giustificazione delle attività proposte

VOCI	EURO
TOTALE FONDO IN LOCO	243.000
1 ATTREZZATURE (ACQUISTI)	12.000
1.1 Arredi ed attrezzature da ufficio	12.000

Sono stati previsti fondi per acquisti di arredi e/o attrezzature, nonché per la sostituzione di computer e macchine d'ufficio obsolete.

2 FONDI DI GESTIONE	201.000
2.1 Canoni affitto locali	20.000

La continuità dell'uso della sede attuale consentirà di effettuare economie, in una prima fase del Programma. Si stimano comunque necessari fondi adeguati su questa voce di budget, per far fronte a possibili adeguamenti di prezzo, in seguito alla forte svalutazione subita dalla valuta locale ed al conseguente aumento dei prezzi correnti.

2.2 Utenze e tasse	4.800
--------------------	-------

Trattasi dei costi di utenze telefoniche, fax ed Internet, utenze elettriche e idriche, nonché spese postali. I costi medi di dette utenze sono noti e basati su quelli storici delle precedenti iniziative e tengono conto di un'eventuale oscillazione dei prezzi.

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

I costi previsti per cancelleria e stampati sono calcolati anch'essi sulla base di quelli storici delle precedenti iniziative.

2.4 Trasferimenti e trasporti	15.600
-------------------------------	--------

Trattasi della previsione di spesa per viaggi di servizio, carburanti, lubrificanti e pneumatici, nonché noli, spedizioni, imballaggi e facchinaggi per 16 mesi. Data la complessità del Programma

ed il suo raggio d'azione, per assicurare il puntuale svolgimento delle attività previste, sia per quanto riguarda le attività a livello centrale che quelle a livello regionale e distrettuale, sono necessari regolari viaggi di servizio per monitoraggio delle attività e supervisione. Sulla base dei costi storici di analoghe iniziative della Cooperazione Italiana, si stima per questa sottovoce un costo totale pari a:

- Euro 8.700: spese relative ai veicoli (carburante, pneumatici, lubrificanti);
- Euro 2.500: spese per voli interni per le attività di monitoraggio;
- Euro 4.400: per diem per missioni nel Paese per il personale locale (consulenti ed autisti).

Tenuto conto inoltre della forte svalutazione subita della valuta etiopica nell'ultimo anno ed il conseguente aumento dei prezzi di beni e servizi, il costo totale di questa sottovoce, pari a 15.600 Euro, è giustificato sotto l'aspetto tecnico e ammissibile e congruo dal punto di vista economico.

2.5	Assicurazioni	2.200
-----	---------------	-------

Trattasi dei premi delle assicurazioni per immobili (ufficio), veicoli di servizio ed assicurazioni di legge per il personale locale. Il costo previsto per le assicurazioni è calcolato in base alle tariffe in vigore delle locali compagnie.

Il costo stimato è così suddiviso:

- Euro 1.500 Assicurazione malattia personale locale
- Euro 700 Assicurazione infortuni personale locale

2.6	Manutenzioni	15.600
-----	--------------	--------

Trattasi dei costi previsti per la manutenzione di immobili (ufficio), dei relativi arredi ed attrezzature e della manutenzione dei quattro veicoli di servizio.

Il costo stimato è così suddiviso:

- Euro 7.800 Manutenzione autoveicoli
- Euro 7.800 Manutenzione apparecchiature elettroniche d'ufficio (computer, server, reti LAN e Wireless, fotocopiatrice, stampanti e fax).

I costi medi di dette manutenzioni sono noti e basati su quelli storici delle precedenti iniziative, e sono pertanto da considerarsi giustificati sotto l'aspetto tecnico e ammissibili e congrui dal punto di vista economico.

2.7	Personale locale	31.200
-----	------------------	--------

Il personale locale consta di una segretaria, una assistente contabile, tre autisti, due guardiani ed una addetta alle pulizie. I costi complessivi relativi a questa sotto voce sono stati ricavati a partire dalle retribuzioni correnti corrisposte in Etiopia dalle Organizzazioni Internazionali e dagli altri progetti della Cooperazione Italiana per personale di pari livello e sono stimati in base ai costi medi storici di dette retribuzioni. Essi sono pertanto da considerarsi giustificati sotto l'aspetto tecnico e ammissibili e congrui dal punto di vista economico.

I costi mensili del personale locale sono così suddivisi:

PERSONALE	EURO/MESE
• Assistente contabile	850
• Autista/messo	780

Il costo mensile complessivo ammonta a Euro 1.950, per un totale di Euro 31.200 per 16 mesi comprensivo del trattamento di fine rapporto (TFR).

2.8	Consulenti e contratti locali	96.000
-----	-------------------------------	--------

Trattasi di costi relativi a consulenze e collaborazioni tecniche da parte di esperti locali.

Per quanto riguarda le consulenze e le collaborazioni in loco, queste saranno basate su esigenze della TAMU che siano strettamente collegate alle componenti del programma o ad altre necessità (es. studi o appoggio alla pianificazione regionale ecc.).

Sarà inoltre necessario disporre di consulenti/collaboratori locali in aree di interesse prioritario (sanità pubblica, sistemi informativi sanitari, infrastrutture, ecc.).

Gli emolumenti medi mensili di consulenti e collaboratori locali sono pari a circa 2.000 Euro/mese. A titolo di esempio di costi unitari si può stimare:

- N. 1 consulente locale ingegnere informatico = Euro 2.000/mese x 16 mesi = Euro 32.000;
- N. 1 consulente locale in sanità pubblica e sistema d'informazione sanitaria = Euro 2.000/mese x 16 mesi = Euro 32.000;
- N. 1 consulente locale ingegnere civile = Euro 2.000/mese x 16 mesi = Euro 32.000

I costi relativi alla presente voce, pari a circa 96.000 Euro per 16 mesi, sono stati ricavati a partire dalle retribuzioni correnti corrisposte in Etiopia per personale di pari livello. Il costo riferito alla presente voce è giustificato dal punto di vista tecnico date le caratteristiche del programma ed è altresì congruo per quanto attiene all'aspetto economico tenuto conto dei parametri di calcolo utilizzati (livelli salariali applicati in Etiopia per tali ruoli dalle organizzazioni internazionali e dagli altri progetti della Cooperazione Italiana).

2.9	Spese generali (spese bancarie, abbonamenti, materiale di pulizia, ecc)	9.600
-----	---	-------

Euro 600/mese x 16 mesi = Euro 9.600 per spese varie (spese bancarie, abbonamenti, materiali di pulizia, ecc.).

3 ATTIVITÀ DI PROGRAMMA

30.000

3.1	Ricerche operative, studi e seminari	15.000
-----	--------------------------------------	--------

È prevista la continuazione del supporto fornito al Ministero della Sanità tramite l'identificazione e l'esecuzione congiunta di studi o ricerche operative a complemento della nostra attività di assistenza tecnica nell'ambito de programma.

Salvo diverse richieste espresse dal Ministero della Sanità, si prevede la realizzazione di 3 seminari di formazione in tema di:

- Hygiene and sanitation in zone rurali
- Gestione razionale dei farmaci
- Continuità delle cure

al costo medio di 5.000 Euro cadauno

Tale attività è giustificata sotto l'aspetto tecnico in considerazione del volume complessivo della stessa e congruo sotto l'aspetto economico poiché derivante dall'applicazione di parametri in linea con quelli praticati dagli Organismi Internazionali nell'esecuzione di attività similari.

3.2	Divulgazione risultati	15.000
-----	------------------------	--------

La presente sotto voce si riferisce ai costi previsti per la redazione, stampa e diffusione di pubblicazioni relative a studi ed esperienze realizzate nell'ambito del programma.

In particolare si intende realizzare e diffondere:

- n. 3 numeri monografici della rivista scientifica del ministero della Sanità "*Policy and Practice*" sui temi hygiene and sanitation, drug management e EMR

dell'importo di Euro 5.000 cadauno = Euro 15.000.

Il costo riferito alla presente sotto voce, pari a complessivi 15.000 Euro, è giustificato sotto l'aspetto tecnico considerata la necessità di dare adeguata diffusione e visibilità ai risultati dell'iniziativa e la relativa previsione di spesa è inoltre ammissibile e congrua dal punto di vista economico poiché in linea con i costi solitamente sostenuti nella realizzazione di analoghe attività sia dalla Cooperazione Italiana che da altri attori di cooperazione

Fondo esperti

Il documento di formulazione prevede una componente di assistenza tecnica italiana al fine di offrire il massimo supporto alla realizzazione degli obiettivi concordati in ambito di programma.

In continuità con le iniziative già in corso nel settore sanitario, gli esperti forniranno assistenza tecnica al Ministero della Sanità nelle sue articolazioni federale, regionale e distrettuale per il rafforzamento delle strutture sanitarie (HC ed ospedali selezionati), parteciperanno al monitoraggio tecnico e finanziario delle attività e realizzeranno pertinenti studi, ricerche operative, pubblicazioni e workshop di disseminazione dei risultati.

Risulta dunque fondamentale assicurare che il supporto finanziario al MoH e regioni sia opportunamente affiancato dalle attività di assistenza tecnica specialistica sia all'interno delle macro-aree di sviluppo di sistemi identificate, sia nelle sub-aree strategiche di forte contenuto tecnico e di alto valore aggiunto in termini di politiche di salute e strategie sanitarie.

Nel contempo, è importante assicurare la valorizzazione delle esperienze positive (promosse dalla Cooperazione Italiana e da altri partner) sul territorio, la loro documentazione attraverso studi e ricerche operative e la loro disseminazione come "*best practices*" da utilizzare come modelli per lo sviluppo di strategie sanitarie e politiche di salute a livello nazionale.

I conseguenti risultati di tale approccio potrebbero essere:

- Supporto allo sviluppo di sistemi a livello nazionale;
- Focalizzazione dell'assistenza tecnica in aree strategiche di forte contenuto tecnico e di alto valore aggiunto in termini di politiche di salute e strategie sanitarie;
- Sinergia e coordinamento fra diversi livelli di sviluppo di politiche di salute e strategie operative e loro esecuzione sul terreno;
- Contributo al miglioramento dell'efficienza, efficacia ed equità dei servizi sanitari;
- Armonizzazione delle procedure di pianificazione, gestione finanziaria e monitoraggio/valutazione;

- Visibilità della Cooperazione Italiana nelle sue diverse articolazioni (governativa e non-governativa);
- Contributo allo sviluppo di linee di cooperazione innovative in aree strategiche del settore sanitario.

A tale scopo sono previsti 48 mesi/uomo, per assistenza tecnica e monitoraggio al costo medio mensile di € 10.000 per un totale stimato di 480.000 Euro come da schema seguente:

- Assistente tecnico (IE) presso la *Technical Assistance and Monitoring Unit* (TAMU) per 16 mesi;
- Esperto in monitoraggio finanziario e valutazione gestionale presso TAMU e UTL per 16 mesi;
- Esperti tematici (Ingegnere idraulico o equivalente) presso il Ministero della Sanità e le Regioni per le attività di supporto tecnico e “capacity building” per 16 mesi.

5.5 Tempi di realizzazione

La ripartizione delle attività del Programma è illustrata nel cronoprogramma di seguito riportato.

Descrizione	Mesi																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Approvazione del Piano programmatico	X																							
Approvazione dell'AP	X												X											
Richiesta di tranche del credito d'aiuto	X												X											
COMPONENTE 1																								
Analisi delle infrastrutture	X	X	X	X																				
Elaborazione di un'azione standardizzata per gli HC selezionati		X	X	X																				
Processo di procurement				X	X	X	X																	
Costruzioni								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Monitoraggio								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
COMPONENTE 2																								
Preparazione dei disegni e delle specifiche tecniche	X	X																						
Processo di procurement		X	X	X	X																			
Costruzioni					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
Monitoraggio: supervisione lavori e ispezioni					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		

Descrizione	Mesi																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
COMPONENTE 3																								
Analisi sul campo	X	X																						
Acquisto dell'hardware per 5 ospedali		X	X	X	X	X	X																	
Installazione della rete informatica in 5 ospedali							X	X	X	X														
Test della rete informatica							X	X	X	X	X													
Installazione del software EMR nei 5 ospedali									X	X	X													
Test del software EMR software con dati reali dei pazienti											X	X	X											
Manutenzione del sistema EMR											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Documentazione del sistema EMR	X	X	X																					
Preparazione di manuali d'istruzione per gli utenti	X	X	X																					
Formazione dello staff MRU sull'uso del software EMR											X	X	X	X				X	X					
Supervisione e supporto continuato agli utilizzatori finali											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Riunioni trimestrali con lo staff ospedaliero	X			X			X			X			X			X			X			X		X
Il software EMR è utilizzato con i dati reali														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Descrizione	Mesi																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
dei pazienti																								

6. FATTORI DI SOSTENIBILITÀ

6.1 Misure politiche di sostegno

I principali elementi in favore di una sostenibilità politica sono:

- L'esistenza di un Piano di Sviluppo di Settore (HSDP) nel quadro della metodologia SWAP² che comporta una forte *ownership* e la partecipazione attiva delle rappresentanze dei paesi donatori e permette quindi un lavoro integrato e sostenuto dall'impegno politico locale.
- L'erogazione di servizi sanitari decentrati. Le Regioni sono autonome nella definizione del loro budget sanitario, ed al MoH federale resta il compito di programmazione della politica sanitaria nazionale, della stesura delle linee-guida per la sua esecuzione, di monitoraggio e di valutazione.

6.2 Quadro istituzionale e capacità gestionali

Le capacità gestionali del sistema sanitario nazionale etiopico sono particolarmente limitate specialmente a causa della carenza di risorse umane qualificate. I Programmi di sviluppo (sanità e educazione in particolare) per sopperire a tali carenze, sono configurati in modo tale da vincolare sia il Governo che il gruppo dei donatori ad un rigido sistema delle varie fasi del programma - dalla fase di formulazione, alla fase di realizzazione e infine di valutazione - definito chiaramente in documenti concordati e sottoscritti dai "partecipanti" ai programmi.

L'HSDP si prefigge come attività principali proprio quella dello sviluppo delle risorse umane e del miglioramento delle condizioni lavorative nelle strutture sanitarie delle zone beneficiarie, tramite la fornitura di farmaci e attrezzature sanitarie e dell'appoggio ai costi correnti per le varie attività (vaccinazioni, supervisione, etc.).

La consistente assistenza tecnica prevista nell'ambito dell'iniziativa ha anch'essa la sua ragione d'essere nella constatata difficoltà del Paese di gestire e realizzare in proprio gli impegni e le attività previste nell'HSDP.

6.3 Aspetti ambientali

L'iniziativa non prevede alcuna attività che possa avere ricadute negative sull'ambiente. Al contrario, nell'ambito dell'appoggio alle attività di sanità pubblica nelle aree identificate, verrà data notevole importanza all'utilizzo di materiali locali per quanto possibile e di soluzioni tecniche a basso impatto ambientale senza per questo ridurre la qualità. In particolare gli HC selezionati avranno la possibilità di usufruire di acqua potabile e allo stesso tempo di un sistema di smaltimento delle acque reflue che garantirà un ambiente di lavoro salubre sia per lo staff ospedaliero che per gli utenti.

6.4 Sostenibilità economica e finanziaria

Il Governo etiopico è il principale ente finanziatore del settore sanitario e il presente credito d'aiuto rappresenta un contributo allo sviluppo infrastrutturale del settore sanitario provvedendo fondi addizionali rispetto al budget pubblico, per un periodo limitato di tempo.

L'impatto dell'azione in generale sarà rilevante e sostenibile nel tempo, in virtù della natura pubblica della controparte e quindi dall'allineamento con le politiche nazionali del settore. In

² Sector wide approach

particolare le controparti locali continueranno a mettere a disposizione strutture, attrezzature e personale così come le necessarie risorse finanziarie.

Per quanto riguarda specificamente la sostenibilità finanziaria delle tre Componenti del programma, è utile segnalare quanto segue:

1. Acqua agli Health Centers: la razionale realizzazione di schemi idrici comporterà sia economie finanziarie (p.e. non sarà più necessario utilizzare le costose autobotti ecc.) che in termini di salute pubblica per la migliorata igiene. Inoltre ogni HC è già dotato di budget e personale per le manutenzioni che continuerà ad assicurare il mantenimento in funzione degli impianti idrici senza costi aggiuntivi.
2. Magazzini per farmaci ed attrezzature sanitarie: ogni Health Center è già provvisto di figure quali Farmacisti e Store Keepers che continueranno la loro attività, in condizioni ambientali e lavorative migliorate, senza costi aggiuntivi.
3. Electronic Medical Records: gli stessi operatori sanitari degli ospedali in questione, opportunamente formati nell'ambito del programma, assicureranno il funzionamento e la manutenzione del sistema EMR senza costi aggiuntivi.

Ulteriori elementi di sostenibilità sono:

- L'HSDP 2010 – 2015 rappresenta la forte *ownership* del Paese beneficiario nel processo dello sviluppo;
- La struttura federale del Paese assicura mandati chiari per ogni componente. L'MoH a livello federale ha la funzione di determinazione delle politiche e di indirizzo. I livelli regionali e sub-regionali hanno la funzionalità della pianificazione, realizzazione e monitoraggio delle attività. I due livelli hanno budget autonomi;
- I principi di partnership tra il MoFED, l'MoH ed i Partner per lo sviluppo, secondo "*International Health Partnership*" sono in uno stato avanzato di applicazione;

7. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Il supporto italiano all'HSDP si inserisce in un *framework* operativo stabilito e concordato dal Governo con le Regioni e i vari donatori ed è quindi sottoposto alle procedure e ai meccanismi decisi appositamente per l'esecuzione dell'HSDP. I principi dell'*International Health Partnership*, l'*IHP Country Compact* e le metodologie dello SWAP implicano per di più la pianificazione e il finanziamento congiunto nonché sistemi di monitoraggio e valutazione congiunta dall'MoH e dai Partner per lo sviluppo. Questo metodo dovrebbe minimizzare le necessità di monitoraggio e valutazione effettuate dai singoli donatori in sistemi paralleli.

Per quanto riguarda il credito d'aiuto, potranno essere organizzate dal MAECI/DGCS attraverso l'UTL e TAMU e dall'MoH/RHBs, ogni volta che si ritiene appropriato, delle attività congiunte di valutazione (in fase di realizzazione, finali ed ex-post). Ogni volta che il contesto lo richieda ed a seconda della richiesta di una delle parti, si possono effettuare delle valutazioni esterne.

Per quanto attiene al monitoraggio nel suo complesso, la Cooperazione Italiana parteciperà agli organi di governo congiunto³ dell'HSDP (JCCC, JCM, HPN ecc.) insieme al Ministero della Sanità

³ I principali organi di governo congiunto dell'HSDP sono a) il Joint Core Coordination Committee (JCCC), organo di decisione tecnica presieduto dal MoH e composto da rappresentanti delle organizzazioni Partner, si riunisce bisettimanalmente b) il Joint Consultative Forum (JCM), di dialogo tra Governo e Donatori, co-presieduto dal Ministro

ed ai Partner per lo sviluppo. I verbali di riunione di JCCC, JCM e HPN Group, pubblici e diffusi presso istituzioni, ONG e partner, informano regolarmente circa i risultati delle attività e indirizzi dell'HSDP.

8. CONCLUSIONI

L'iniziativa "Supporto all'approvvigionamento idrico, allo stoccaggio di farmaci ed allo sviluppo di Electronic Medical Records nel settore sanitario etiopico" e' parte qualificante del Programma Paese Italia Etiopia 2013-2015. Essa risponde agli impegni politici presi dall'Italia in ambito internazionale e in ambito locale, in linea con i principi di armonizzazione e allineamento e in modo tale da contribuire, grazie al supporto finanziario e di assistenza tecnica di alto livello, al miglioramento di sistemi e servizi sanitari in vista del raggiungimento degli Obiettivi del Millennio per la componente salute.

Inoltre, l'iniziativa è coerente e complementare con le politiche di cooperazione allo sviluppo dell'UE, concentrandosi su uno dei settori prioritari del secondo pilastro dell'"Agenda for Change".

Il finanziamento appare congruo e rispondente alle necessità del Paese.

Si esprime pertanto parere favorevole al finanziamento di € 5.723.000 suddiviso come da tabella seguente:

		Euro	Note
A	Credito d'aiuto	5.000.000	Gestione MOH
B	Fondo in loco	243.000	Gestione diretta DGCS
C	Fondo esperti (Assistenza tecnica e monitoraggio - 3 esp. 48 m/u)	480.000	
TOTALE		5.723.000	

L'esperto UTC

Ginevra Letizia

Visto

Il Funzionario Preposto all'UTC

Min. Plen. Francesco Paolo Venier

della Sanità e dal chairman dell'HPN, si riunisce trimestralmente e c) l'Annual Review Meeting del settore (ARM), a cui partecipano il MoH e le organizzazioni partner, è la principale assise congiunta di valutazione di performance e pianificazione settoriale, che si riunisce annualmente. Inoltre, l'organo di coordinamento fra Donatori è l'Health Population and Nutrition Donor Group (HPN Group), componente del Donor Assistance Group - DAG, co-presieduto da rappresentanti di agenzie di cooperazione bilaterale e da rappresentanti di Organizzazioni Internazionali, che si riunisce mensilmente.

Termini di riferimento Assistente Tecnico - Italian Expert

Qualifica: medico di sanità pubblica

Esperienza qualificata

Lingua inglese

A livello centrale mantenere stretti rapporti di collaborazione con la controparte etiopica, coi donatori e con l'UTL e dovrà dirigere la *Technical Assistance and Monitoring Unit* (TAMU):

- Partecipare, alle attività di monitoraggio congiunto del Programma di sviluppo del settore sanitario (HSDP) con MOH e Partner allo sviluppo secondo le modalità ed attraverso i fora indicati nel "*HSDP Health Harmonization Manual*".
- Partecipare, al forum di coordinamento tra Partner allo sviluppo (*Health Population and Nutrition Donors' Group*).
- Svolgere congiuntamente alla *Person in Charge* (PIC) le attività di gestione e monitoraggio delle attività relative alla Componente 2 (regionale) del Programma ed in particolare:
 - Pianificare e monitorare le attività e l'utilizzo dei fondi italiani assieme ai Ministeri della Sanità, del MoFED ad ai responsabili tecnici ed amministrativi delle Regioni beneficiarie.
 - Collaborare con il Ministero della Sanità per i collegamenti operativi tra il centro e le Regioni interessate dall'iniziativa.
 - Eseguire regolare monitoraggio e valutazione delle attività a livello regionale in sintonia e concertazione con il Ministero della Sanità.
 - Fornire assistenza tecnica alla stesura dei piani operativi annuali preparati dall'ufficio del RHB.
- Svolgere le attività di gestione e monitoraggio delle attività relative alla Componente 2, del Programma ed in particolare:
 - Fornire assistenza nella preparazione dei piani operativi annuali, in accordo con le autorità etiopiche, da inviare a Roma tramite l'UTL per la loro approvazione.
 - Mantenere rapporti regolari con gli altri donatori nell'ambito del Piano Strategico Sanitario Nazionale in stretta sintonia e collaborazione con l'UTL.
 - Eseguire regolare supervisione e monitoraggio sul lavoro eseguito dagli altri esperti del Progetto e dagli esperti locali assunti a livello centrale e regionale.
 - Valutare, approvare ed eseguire, in stretta collaborazione con l'esperto amministrativo del Programma, tutte le attività relative alla gestione del Fondo in loco nell'ambito dei piani operativi concordati ed approvati.
 - Partecipare come membro effettivo in tutte le sedi in cui è prevista la presenza dell'IE,
 - Supervisionare le attività tecniche ed amministrative del Programma, monitorare e verificare il flusso e l'utilizzo dei finanziamenti.

Termini di riferimento Esperto in monitoraggio finanziario

Qualifica: laurea in economia o equipollente

Esperienza qualificata

Lingua inglese

L'esperto dovrà:

1. Monitorare e coordinare la gestione dei Fondi in loco e valutarne la conformità alla normativa in materia di contabilità della Pubblica Amministrazione;
2. Valutare i rapporti finanziari presentati dal Ministero della Sanità all'interno degli organi di governo congiunti;
3. Valutare i rapporti di audit sottoposti dal Ministero della Sanità etiopica;
4. Collaborare, per la parte di propria competenza, con l'IE alla stesura di rapporti intermedi e finali sullo stato di avanzamento finanziario e di attività.
5. Collaborare con i tecnici del Ministero della Sanità etiopica nella pianificazione finanziaria delle attività di sostegno al rafforzamento dei servizi e sistemi sanitari nazionali;

Termini di riferimento Esperto Ingegnere

Qualifica: Ingegnere idraulico o equivalente

Esperienza qualificata

Lingua: inglese

L'esperto dovrà:

a livello centrale mantenere stretti rapporti di collaborazione con la controparte etiopica, coi donatori e con l'UTL. Dovrà partecipare alla Technical Assistance and monitoring Unit (TAMU):

- a. Svolgere le attività di gestione e monitoraggio delle attività in particolare:
 - Supportare la realizzazione del Piano Operativo Generale (POG) per l'utilizzo dei fondi in gestione diretta
 - Supportare l'MOH e i RHBs nella preparazione dei Piani Operativi
- b. Effettuare sopralluoghi e visite di campo nelle aree selezionate coinvolte nel progetto ed eventualmente in altre iniziative di simile natura;
- c. Fornire assistenza tecnica all'MOH per la realizzazione delle attività previste dall'Accordo bilaterale e dal Piano d'Azione relative al Programma. Particolare riguardo dovrà essere dedicato al monitoraggio della fase iniziale di selezione dei consulenti a livello federale e regionale, supporto nella valutazione delle proposte tecniche per le attività di programma;
- d. In coordinamento con le altre iniziative italiane del settore, assicurare la partecipazione e la rappresentanza della Cooperazione Italiana ai gruppi di lavoro relativi al settore Acqua del Donors Assistance Group (DAG) e al coordinamento europeo, assicurando la promozione del coordinamento e dell'armonizzazione tra l'azione della Cooperazione italiana in Etiopia con quella degli altri donatori e del paese partner, identificando gli ostacoli e proponendo tutte le iniziative utili allo scopo;
- e. Assistere l'UTL per il coordinamento delle altre iniziative di settore, fornendo i necessari input tecnici quando necessario;
- f. Relazionare alla DGCS e all'UTL sulle attività svolte ed i risultati ottenuti;

ALLEGATO 2 MARKERS EFFICACIA

Domande senza punteggio

Linee Guida e Indirizzi di Programmazione

	Domande	SI/ NO	Pagina di riferimento nel documento in esame	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
1	L'iniziativa viene attuata in uno dei Paesi prioritari indicati nelle Linee Guida triennali della DGCS?	SI	Par 1.1 Pag. 5	L'Etiopia è uno dei Paesi prioritari della DGCS		
2	L'iniziativa rientra tra i settori prioritari indicati nelle Linee Guida triennali della DGCS?	SI	Par.2.1 pag.11			

Linee Guida Settoriali, Tematiche e Trasversali (LGSTT)

	Domande	SI/ NO	Pagina di riferimento nel documento in esame	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
1	L'iniziativa è in linea con quanto indicano eventuali Linee Guida Settoriali, Tematiche e Trasversali (LGSTT) della DGCS (laddove applicabili)?	SI	Par.2.1 pag.11			

Domande con punteggio

1 – Ownership

	Domande	SI/ NO	Pagina di riferimento nel documento in esame	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
1	L'iniziativa è parte integrante di una strategia di sviluppo (complessiva o settoriale) del partner governativo chiaramente identificabile e contribuisce all'ottenimento dei suoi risultati? PUNTI MAX 4	SI	Par. 2.4 Pag. 13 e 14 Par. 5.1 Pag. 23 e 24			
2	L'iniziativa rafforza le capacità del Paese partner necessarie a dotarsi di piani di sviluppo e ad attuarli? PUNTI MAX 4	SI	Par.2.4 Pag.13 e 14 Par 2.3 Pag 13			
3	Il documento di progetto è stato elaborato, discusso e concordato con tutte le parti locali interessate? PUNTI MAX 4	SI	Par.2.1 Pag. 11 Par. 5.4 Pag. 28 e 29			
Totale MAX 12						

2 – Allineamento (Alignment)

	Domande	SI/ NO	Pagina di riferimento nel documento in esame	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
1	Nell'attuazione dell'iniziativa si evita di costituire una <i>Parallel Implementation Unit (PIU)</i> ? PUNTI MAX 4	SI	Par.5.1 Pag.23	L'iniziativa, sarà realizzata dall'MOH a traverso il loro staff permanente e il personale di supporto. La TAMU avrà funzioni di monitoraggio e		

				assistenza tecnica e in nessun modo di implementazione diretta.		
2	Le modalità di esecuzione, le attività, gli obiettivi e i risultati dell'iniziativa sono stati discussi con tutte le parti locali interessate e sono coerenti con la strategia governativa in cui l'iniziativa si iscrive? PUNTI MAX 3	SI	Par.2.1 Pag. 11 e 12 Par. 5.4 Pag. 28 e 29			
3	La realizzazione delle attività e la gestione dei fondi dell'iniziativa sono sotto la responsabilità diretta del Partner locale, e utilizzano le procedure locali di "procurement" e "auditing"? PUNTI MAX 4	SI	Par.5.4 Pag.28	Per quanto riguarda il procurement vengono utilizzate le procedure dalla Banca Mondiale che sono quelle più diffuse nel Paese e adottate dall'MOH. L'audit viene eseguito secondo modalità del Paese e in linea con le disposizioni dell'Accordo.		
4	L'assistenza tecnica è fornita nella misura strettamente necessaria, con modalità concordate con il Paese partner e coinvolgendo nella massima misura possibile l'expertise locale? PUNTI MAX 3	SI	Par.5.1 Pag.23			
Totale MAX 14						

3 – Armonizzazione (Harmonization)

	Domande	SI/ NO	Pagina di riferimento nel	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
--	---------	-----------	---------------------------	------	------------------	-----------------

			documento in esame			
1	L'intervento è parte di una strategia condivisa con gli altri donatori, in particolare in ambito UE (es. Divisione del Lavoro, Programmazione Congiunta)? PUNTI MAX 4	SI	Par.2.4 Pag.13			
2	I risultati finali e le lezioni apprese saranno condivise con gli altri donatori? PUNTI MAX 4	SI	Par. 5.4 Pag. 34	Linee di budget 3.1 e 3.2		
Totale MAX 8						

4 – Gestione orientata ai risultati (Managing for development results)

	Domande	SI/ NO	Pagina di riferimento nel documento in esame	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
1	L'iniziativa definisce obiettivi e risultati coerenti con le strategie nazionali e basati su indicatori misurabili facendo ricorso a statistiche nazionali (del beneficiario)? PUNTI MAX 4	SI	Par.1.3 Pagg.7,8,9 Par. 3.2 Pag. 17 e 18			
2	E' previsto un sistema di gestione dell'iniziativa per risultati (pianificazione, gestione del rischio, monitoraggio, valutazione)? PUNTI MAX 3	SI	Par.4.1 Pag.23 Par.7 Pag. 43			
3	Sono previste, nell'ambito dell'iniziativa, attività per il rafforzamento delle capacità locali di gestione per risultati? PUNTI MAX 3	SI	Par. 5.1 Pag.23	Effettuata attraverso le attività di assistenza tecnica e capacity building		
Totale MAX 10						

5 – Responsabilità reciproca (Mutual accountability)

	Domande	SI/ NO	Pagina di riferimento nel documento in esame	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
1	Sono previste tempestive forme di pubblicità delle attività di progetto che rendano pienamente trasparenti, particolarmente nel Paese partner, tutti i processi decisionali svolti da entrambe le parti nel corso della realizzazione dell'iniziativa? PUNTI MAX 4	SI	Par. 5.4 Pag. 35, 36 e 37	Linee di budget 3.1 e 3.2		
2	Sono previste periodiche e formali consultazioni tra rappresentanti di tutte le parti coinvolte? PUNTI MAX 3	SI	Par.5.1 Pag.23	Formazione di uno steering committee		
3	E' prevista una valutazione congiunta al termine delle attività? PUNTI MAX 3	SI	Par.7 Pag. 43			
Totale MAX 10						

6 – Partenariato inclusivo (Inclusive partnership)

	Domande	SI/ NO	Pagina di riferimento nel documento in esame	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
1	Nella identificazione e formulazione dell'iniziativa si sono promosse sinergie con altre attività di sviluppo svolte dalla società civile, dal settore privato e da altri donatori, ed è stato incoraggiato lo scambio di conoscenze, con particolare riguardo alle esperienze della cooperazione Sud-Sud?	NO				

	PUNTI MAX 3					
2	Nella identificazione e formulazione dell'iniziativa sono state tenute in conto eventuali sinergie di quest'ultima con politiche ed attività non specificamente di sviluppo (es. Commerciali, di investimento diretto, culturali, etc.) svolte da altri soggetti, sia locali che internazionali? PUNTI MAX 3	NO				
Totale MAX 6						

7 – Lotta alla povertà (Poverty reduction)

	Domande	SI/ NO	Pagina di riferimento nel documento in esame	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
1	Sono fornite evidenze della rispondenza dell'iniziativa alle "Linee guida per la lotta contro la povertà" della DGCS (pubblicate a marzo 2011)? PUNTI MAX 4	SI	Par.2.5 Pag.15	L'aumentato accesso ai servizi idrici e igienico sanitari, garantisce la riduzione del degrado ambientale		
2	L'iniziativa è coerente con i programmi/misure adottate dal Paese partner di riduzione della povertà e per l'inclusione sociale ovvero mira al rafforzamento delle relative capacità istituzionali? PUNTI MAX 2	SI	Par.2.1 Pag.11			
3	Sono previste specifiche verifiche sull'impatto dell'iniziativa sulle popolazioni più svantaggiate del Paese partner? PUNTI MAX 4	SI	Par.1.3 Pagg.7, 8 e 9	Indicatori		
Totale MAX 10						

8 – Eguaglianza di genere (Gender equality)

	Domande	SI/ NO	Pagina di riferimento nel documento in esame	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
1	Sono fornite evidenze della rispondenza dell'iniziativa alle "Linee guida per uguaglianza di genere e empowerment delle donne" della DGCS (pubblicate a luglio 2010)? PUNTI MAX 4	NO				
2	L'iniziativa è coerente con programmi/misure adottate dal Paese partner per l'uguaglianza di genere e l'empowerment delle donne ovvero mira al rafforzamento delle relative capacità istituzionali? PUNTI MAX 2	NO				
3	Sono previste specifiche verifiche dell'impatto sulle donne, basate sui dati disaggregati? PUNTI MAX 4	NO				
Totale MAX 10						

9 – Sostenibilità ambientale (Environmental sustainability)

	Domande	SI/ NO	Pagina di riferimento nel documento in esame	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
1	Sono fornite evidenze della rispondenza dell'iniziativa alle "Linee guida ambiente" della DGCS (pubblicate a settembre 2010)? PUNTI MAX 4	SI	Par.6.3 Pag. 42			
2	L'iniziativa è coerente con programmi/misure adottate dal	SI	Par.6.3 Pag.			

	Paese partner per l'ambiente ovvero mira al rafforzamento delle capacità istituzionali? PUNTI MAX 2		42			
3	Sono previste specifiche verifiche dell'impatto sull'ambiente? PUNTI MAX 4	NO				
Totale MAX 10						

10 – Slegamento (Untying)

	Domande	SI/ NO	Pagina di riferimento nel documento in esame	Note	Conferma del NVT	Raccomandazioni
1	Lo slegamento del finanziamento è superiore all'80%? Totale MAX 10	SI		VEDI SCHEDA INIZIALE		
Totale MAX 10						

TOTALE COMPLESSIVO DELL'INIZIATIVA (max. 100)	
--	--

L'Esperto UTC

Ginevra Letizia

Visto:

Il Funzionario Preposto

Min. Plen. Paolo Francesco Venier