

PROPOSTA DI FINANZIAMENTO

Paese: ETIOPIA

Titolo dell'iniziativa:

**CONTRIBUTO ITALIANO AL PROGRAMMA DI SVILUPPO
DEL SETTORE SANITARIO (HSDP) 2010 – 2012**

Paese beneficiario	ETIOPIA
Titolo dell'iniziativa	Contributo Italiano al Programma di Sviluppo del Settore Sanitario (HSDP) 2010 - 2012
Settore	Sanitario
Capitolo di spesa	2182
AID n.	
Canale di finanziamento	Bilaterale
Organismo finanziatore	MAE/DGCS
Importo complessivo	Euro 8.200.000,00 di cui:
<i>Finanziamento slegato</i>	- Art. 15 Reg. L. 49/87: € 6.400.000,00
<i>Finanziamento legato</i>	- Fondo Esperti: Euro 1.200.000,00
<i>Finanziamento slegato</i>	- Fondo Gestione in Loco: € 600.000,00
Ente esecutore	Ministero della Sanità etiopico e DGCS
Organismo realizzatore	MoH, PPF/GD, Uffici Regionali sanitari dell'Oromia e Tigray
Modalità di finanziamento	Dono
Durata	24 mesi
Grado di slegamento	Parzialmente slegato 85% slegato – 15% legato
Obiettivo del millennio	Prevale O4 – T1, ma anche O5 – T1 e T2, O6 – T1, T2 e T3
Settore OCSE/DAC	12110 – Politiche per la sanità e gestione amministrativa 12220 – Cura della salute di base 12250 – Controllo delle malattie infettive 12262 – Controllo della malaria 12263 – Controllo della tubercolosi 12281 – Sviluppo del personale sanitario 13020 – Cura della salute riproduttiva 13040 – Controllo delle malattie sessualmente trasmissibili inclusa l'AIDS 13081 - Sviluppo del personale per la popolazione e la salute riproduttiva
Indicatori temi OECD/DAC	Non applicabile
OCSE/DAC trade development marker”	Non applicabile
OCSE/DAC“Rio Markers”	Non applicabile
Title in English	<i>Italian Contribution to the Health Sector Development Programme (HSDP) 2010 - 2012</i>
Summary in English	<i>The initiative intends to continue the Italian contribution to the health sector development program (HSDP). Italy has already supported the previously five-year development plans of the</i>

	<p><i>Health sector, has contributed to the strengthening of the health systems and to the improvement of the health status of the population. This initiative has three components: 1) Contribution to MDG funds, 2) Contribution to Regional Health Bureaus of Oromia and Tigray, as well as 3) Technical Assistance.</i></p>
<p>Sommario</p>	<p>L'iniziativa intende proseguire il contributo italiano al Programma di sviluppo del settore sanitario (HSDP). L'Italia ha già supportato i precedenti piani di sviluppo quinquennali del settore, contribuito al rafforzamento di servizi e sistemi sanitari ed al miglioramento dello stato di salute della popolazione. La presente iniziativa si articola in tre componenti: 1) Contributo all'<i>MDG fund</i>, 2) Contributo agli Uffici Sanitari Regionali dell'Oromia e del Tigray e 3) Assistenza Tecnica.</p>

Responsabile tecnico dell'iniziativa: Dott. Vincenzo Racalbutto

Indice

1.	PRESENTAZIONE DELL'INTERVENTO.....	6
1.1.	Sintesi del Documento e Responsabili.....	6
1.2.	Documentazione Utilizzata.....	7
1.3.	Matrice del Quadro Logico.....	8
1.4.	Schema Finanziario.....	11
2.	CONTESTO DELL'INTERVENTO.....	11
2.1	Origini, Identificazione e Formulazione.....	11
2.2	Contesto Nazionale.....	12
2.3	Contesto Regionale.....	12
2.4	Quadro Settoriale e Interventi.....	12
2.5	Politiche del settore sanitario in Etiopia e il ruolo dell'Italia.....	13
	Strategia del settore sanitario per gli anni 2010 – 2015.....	15
2.6	Problemi da Risolvere.....	15
2.7	Gruppo Destinatario, Istituzioni, Organismi e altri Attori Coinvolti nella Realizzazione.....	16
	<i>Gruppo Destinatario</i>	16
	<i>Istituzioni e altri Organismi Coinvolti</i>	16
3.	STRATEGIA D'INTERVENTO.....	17
3.1	Selezione della Strategia d'Intervento.....	17
3.2	Obiettivo Generale.....	19
3.3	Obiettivo Specifico ed Indicatori.....	19
3.4	Risultati Attesi ed Indicatori.....	19
3.5	Attività.....	20
4.	FATTORI ESTERNI.....	21
	Condizioni e Rischi.....	21
5.	REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO.....	21
5.1	Modalità di realizzazione.....	21
5.2	Quadro Istituzionale e Responsabilità per la Realizzazione del Progetto.....	22
5.3	Metodologia di Intervento.....	25
5.4	Risorse e Stima dei Costi.....	26
6.	FATTORI DI SOSTENIBILITA'.....	33
6.1	Misure politiche di sostegno.....	33
6.2	Quadro istituzionale e capacità gestionali.....	33
6.3	Aspetti ambientali.....	33
6.4	Problematiche legate alla questione di genere e alla pari opportunità.....	33
6.5	Sostenibilità economica e finanziaria.....	34
7.	MONITORAGGIO E VALUTAZIONE.....	34
8.	CONCLUSIONI.....	34
9.	ALLEGATO 1 ToR Consulenti.....	36
	Termini di riferimento del CAPO-PROGRAMMA.....	36
1.5.	Termini di riferimento Esperto Amministrativo.....	36
1.6.	Termini di riferimento Esperto in Monitoraggio e Coordinamento in Ambito Sanitario..	37
	T.o.R ESPERTO IN SISTEMI INFORMATIVI SANITARI.....	37
10.	Markers efficacia.....	39

ACRONIMI

EFY	<i>Ethiopian Financial Year</i>
DGCS	Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo
GoE	<i>Government of Ethiopia</i>
HMIS	<i>Health Management Information System</i>
HRD	<i>Human Resource Development</i>
HSDP	<i>Health Sector Development Programme</i>
IHP	<i>International Health Partnership</i>
JCCC	<i>Joint Core Coordinating Committee</i>
JRM	<i>Joint Review Mission</i>
MDG	<i>Millennium Development Goal</i>
FMoH	Federal Ministry of Health
MoFED	<i>Ministry of Finance and Economic Development</i>
PASDEP	<i>Plan for Accelerated Sustainable Development to End Poverty</i>
PBS II	<i>Protection of Basic Services – second phase</i>
PIC	<i>Person in Charge</i>
PoA	<i>Plan of Action</i>
PPF/GD	Policy Planning and Financing /General Directorate (FMOH)
SAR	<i>Semi Annual Review</i>
SC	<i>Steering Committee</i>
TOR	<i>Terms of Reference</i>
UTL	Unità Tecnica Locale
WB	<i>World Bank</i>

1. PRESENTAZIONE DELL'INTERVENTO

1.1. Sintesi del Documento e Responsabili

Il Governo italiano ed il Governo etiopico hanno sottoscritto, nell'aprile 2009, un Accordo quadro di Cooperazione per il periodo 2009-2011¹ che indica quattro settori di intervento (educazione, sanità, sviluppo rurale e *water e sanitation*), un contributo di 20 milioni di € e privilegia strumenti finanziari che rispondano all'esigenza di armonizzazione e allineamento richiesti espressamente dal Governo etiopico.

Seguendo le indicazioni della DGCS, l'Ufficio di Cooperazione dell'Ambasciata Italiana ad Addis Abeba ed il PPF/GD² del Ministero della Sanità etiopico, nonché il MoFED hanno concordato la formulazione dell'iniziativa, elaborata sulla base delle *best practices* dei precedenti programmi di Cooperazione nel settore sanitario.

La formulazione della presente iniziativa è stata effettuata tra gennaio e aprile 2010 ed ha tenuto conto del Piano Sanitario Nazionale del Paese HSDP³ (attualmente è in fase di finalizzazione la quarta fase di tale piano - HSDP IV).

Nel rispetto dei principi di armonizzazione, allineamento degli aiuti e promozione dell'*ownership* degli interventi, l'Italia sosterrà l'HSDP a livello centrale (Ministero della Sanità), attraverso la partecipazione ad un fondo multidonatori denominato *MDG fund*⁴ e, periferico, attraverso attività specifiche in due Regioni di intervento (Oromia e Tigray).

L'obiettivo del presente Programma è quello di incrementare la copertura e migliorare la qualità dei servizi di promozione, prevenzione e cura della salute attraverso il rafforzamento delle capacità di generare e usare l'informazione (HMIS), contribuendo allo sviluppo delle risorse umane del settore sanitario (HRD) e migliorando la qualità dei servizi sanitari di base.

La presente proposta è in linea con le priorità dell'HSDP IV, selezionate in funzione dei problemi di salute prevalenti in Etiopia e degli obiettivi dell'MDG Fund quali: migliorare la salute materno-infantile, ridurre l'incidenza delle malattie trasmissibili e rafforzare i sistemi sanitari.

L'esecuzione delle attività per quanto riguarda i fondi dedicati al *MDG fund* sarà affidata al Ministero della Sanità etiopico (FMoH). Questa componente costituisce a tutti gli effetti un *sector budget support*. Questo contributo rappresenta un impegno innovativo per Cooperazione italiana che in tal modo intende, assieme ad altri donatori che partecipano al *MDG fund* muoversi verso un maggiore allineamento dell'aiuto. Questa componente include anche il rafforzamento del Sistema informativo sanitario (*Health Management Information System - HMIS*) che rappresenta uno dei settori che hanno maggiormente caratterizzato la presenza della nostra Assistenza tecnica.

La realizzazione, invece, delle attività dedicate alle Regioni Oromia e Tigray sarà affidata alla PPF/GD assieme agli Uffici Regionali Sanitari delle due Regioni.

Le componenti principali del programma verranno realizzate con le modalità ex art. 15 del Regolamento d'esecuzione della legge 49/87, con un finanziamento al governo etiopico di **6.400.000 EURO**, i cui meccanismi di gestione e di amministrazione sono indicati nella bozza di accordo intergovernativo⁵ allegata alla presente proposta. Da parte etiopica, il MoFED avrà la responsabilità della firma dell'accordo bilaterale, mentre per quanto riguarda l'*MDG fund*, la controparte operativa sarà il Ministero della Salute per quanto riguarda le attività degli Uffici

¹ *Ethio-Italian Cooperation Framework 2009-2011*

² *Policy, Planning and Finance – General Directorate*

³ *Health Sector Development Programme*

⁴ Strumento preferito del Governo etiopico che raccomanda ai donatori di utilizzare il Canale 1b, ovvero il contributo diretto al Ministero della Sanità etiopico.

⁵ Tale accordo, del quale è allegata la bozza, già concordata a livello tecnico con le autorità etiopiche, stabilisce nel dettaglio le responsabilità di ciascun soggetto coinvolto e le procedure da adottare per l'utilizzazione dei fondi italiani.

Sanitari Regionali di Oromia e Tigray, esse saranno coordinate dal Direzione del Planning dell'FMoH.

Oltre i fondi trasferiti al Governo etiopico, il progetto prevede un fondo a gestione diretta DGCS, di **1.800.000 Euro** per Assistenza Tecnica mirato a: i) provvedere assistenza tecnica al FMoH per costruire capacità nelle aree del *Health Information System*, Sviluppo delle Risorse Umane nel settore sanitario ecc; ii) potenziare le capacità operative nel settore sanitario delle due Regioni; iii) partecipare all'interno del Piano Nazionale (HSDP) assieme al FMoH ed altri donatori, alle attività di monitoraggio come specificato nel HSDP *Health Harmonization Manual* (Allegato B dell'accordo intergovernativo). Per quanto riguarda l'*MDG fund*, il fondo a disposizione della DGCS verrà utilizzato per attività di Assistenza Tecnica, per il monitoraggio dell'utilizzazione del fondo stesso assieme al FMoH e agli altri donatori, firmatari del *Joint Financing Arrangement* (Allegato C dell'accordo intergovernativo), nonché a facilitare la realizzazione delle attività.

Del fondo a disposizione della DGCS, **1.200.000 Euro** costituiranno il fondo esperti e i restanti **600.000 Euro** costituiranno il fondo di gestione in loco.

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 2009 - 2011 - Linee-guida e indirizzi di programmazione – Delibera del Comitato direzionale n. 262 del 9-12-2008
- Definizione dei Settori OCSE-DAC;
- Definizione degli OSM e relativi *Targets*;
- Marker Efficacia - Delibera n. 165 del 16/12/2009;
- Marker Efficacia, Tabella, dicembre 2009;
- 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;
- Salute Globale: Principi guida della Cooperazione Italiana. Giugno 2009 – Delibera n. 86 del 14/07/2009.
- *International Health Partnership Global Compact*;
- *Ethiopia IHP Country Compact*;
- Programma Nazionale di riduzione della povertà' (PASDEP);
- *Health Sector Development Programme* (HSDP III);
- *Protection of Basic Services*, seconda fase (PBS II);
- *Health Sector Development Programme IV* (HSDP IV – *zero draft*);

1.3. Matrice del Quadro Logico

	Logica d'intervento	Indicatori	Fonti di verifica	Condizioni
Obiettivo Generale	Migliorare lo stato di salute della popolazione Etiopica, secondo il piano strategico sanitario nazionale (HSDP) e in linea con gli MDG riguardanti la salute.	Tasso di mortalità infantile; Tasso di mortalità materna; Aspettativa di vita media alla nascita.	DHS	
Obiettivo Specifico	Incrementare la copertura e migliorare la qualità dei servizi di promozione, prevenzione e cura della salute attraverso il rafforzamento della capacità di generare e usare l'informazione (HMIS), contribuendo allo sviluppo delle risorse umane del settore sanitario (HRD) e migliorando la qualità dei servizi sanitari di base.	Frequenzazione annua dei Servizi ambulatoriali per capita (Valore di base: 0,3); % di Distretti e Centri di salute con "catchment areas" e popolazione di riferimento aggiornate; Proporzione di istituzioni sanitarie con personale secondo standard.	HMIS Rapporti del "Woreda Based Planning" Survey	<ul style="list-style-type: none"> - Lo sviluppo del settore sanitario rimane la priorità del Governo etiopico; - L'interesse di tutti i Partner per lo Sviluppo di mantenere i loro impegni finanziari non diminuisce. - Il supporto finanziario del Governo etiopico all'HSDP è mantenuto; - Le condizioni di stabilità e sicurezza nel Paese persistono - Il contesto di dialogo armonizzato è mantenuto
Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il MoH ha sufficienti risorse finanziarie per realizzare l'HSDP; 2. Abilità di generare ed usare l'informazione a tutti I livelli migliorata; 3. Decisori e Partner per lo Sviluppo meglio informati attraverso I Rapporti annuali di performance ed i Bollettini scientifici trimestrali; 4. Tempestività e completezza dei rapporti sanitari di routine migliorate; 5. Rapporto personale sanitario su popolazione per categoria incrementato; 6. Proporzione delle strutture sanitarie con personale secondo le norme incrementato; 7. Accesso, qualità ed uso dei servizi materno - infantili aumentati; 8. Accesso, qualità ed uso dei servizi sanitari preventivi aumentati; 9. Accesso, qualità ed uso dei servizi sanitari curativi aumentati; 			

	Logica d'intervento	Indicatori	Fonti di verifica	Condizioni
Attività	Per il risultato atteso 1 1. Fornire assistenza finanziaria al MoH per l'MDG Fund; 2. Partecipare ai meccanismi di monitoraggio, assieme ad altri Partner per lo Sviluppo firmatari ed il MoH.	a. Erogazione dei fondi avvenuta secondo i piani; b. Esperti italiani membri degli organi di governo congiunto dell'HSDP.	1. Rapporti dell'MDG Fund 2. Verbali di riunione di JCCC, JCM and CJSC	
	Per i risultati attesi 2, 3 e 4 1) Fornire assistenza tecnica al MoH su generazione e uso dell'informazione; 2) Partecipare attivamente al NAC ⁶ e alle attività ad esso connesse; 3) Fornire assistenza tecnica agli Uffici Sanitari Regionali per l'estensione nazionale dell'HMIS (HMIS roll out); 4) Supportare, attraverso l'assistenza tecnica, la formazione e la supervisione per l'estensione nazionale dell'HMIS.	1. % di rapporti tempestivi e completi (valore di base indeterminato: l'HMIS scale-up è ancora in corso); 2. Pubblicazione regolare dell'Annual Performance Report e del Bollettino scientifico trimestrale del Ministero della Sanità.	1. HMIS 2. Rapporto ARM, Verbali di riunione del NAC	
	Per i risultati attesi 5 e 6 1) Costruire capacità attraverso la formazione e la supervisione; 2) Sviluppare e realizzare strategie di ritenzione del personale; 3) Formare e distribuire nelle strutture il personale sanitario.	1. Ratio Personale sanitario su Popolazione per categoria (valori di base: 1 medico / 36158 abitanti; 1 infermiere / 3870 abitanti; 1 HEW / 2544 abitanti).	1. HMIS 2. Rapporto di sintesi HSDP III	
	Per i risultati attesi 7, 8 e 9 1) Supportare la disponibilità di "health commodities", attraverso la fornitura di farmaci ed attrezzature di base alle strutture sanitarie; 2) Supportare i processi di autovalutazione; 3) Fornire assistenza tecnica per la supervisione di sostegno; 4) Promuovere e supportare le istituzioni pubbliche nelle ricerche operative; 5) Sviluppare e stampare linee-guida e i manuali; 6) Supportare la revisione delle "catchment areas" e le riunioni di valutazione dei Centri di salute.	1. % di parti assistiti da personale qualificato (valore di base: 10%); 2. Copertura vaccinale per Morbillo (valore di base 77%); 3. % di abitazioni che posseggono almeno una zanzariera impregnata di insetticida – ITN (valore di base 66%); 4. % di successo dei trattamenti della tubercolosi (valore di base 84%); 5. Numero di persone viventi con l'HIV/AIDS in trattamento con Anti-retrovirali (valore di base 152.472).	1. HMIS 2. HMIS, 3. HMIS 4, 5. HAPCO	

⁶ Health Information System - National Advisory Committee

		Risorse umane	Costi	Precondizioni
		<ul style="list-style-type: none"> - 24 mesi/uomo per l'Esperto Italiano, Esperto di monitoraggio e coordinamento e Esperto amministrativo - 28 mesi/uomo per Esperti tematici italiani "ad hoc". - Personale etiopico e arredi d'ufficio e auto. 	<p>Totale: €8,200,000 di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - €6.400.000 al MoH per l'MDG <i>Fund</i> e le RHBs. - €1,200,000 Assistenza Tecnica - €600,000 – Gestione in loco 	<ul style="list-style-type: none"> -Firma dell'accordo tra MAE/DGCS & MoFED. -Assegnazione da parte del MoH del PIC; -Assegnazione da parte del MAE/DGCS dell'esperto italiano, esperto di monitoraggio e coordinamento, esperto amministrativo.

1.4. Schema Finanziario

La durata prevista del programma è di 24 mesi. Il trasferimento dei fondi ex Art.15 al Governo etiopico avverrà in due tranche, e sarà regolato da apposito accordo intergovernativo comprendente le relative linee guida per l'esecuzione (*Programme Implementation Document – PID*), la cui bozza è allegata alla presente proposta di finanziamento. La seguente tabella riassume lo schema finanziario riportato nel successivo par.5.5:

	COMPONENTI	1^ anno	2^ anno	Totale	Canale	
1	Contributo all'MDG Fund	2.900.000	0	2.900.000	1b	2.900.000
	2a. Contributo all'Oromia HB	500.000	650.000	1.150.000	2	3.500.000
2	2b. Contributo al Tigray HB	1.250.000	1.100.000	2.350.000		
3	Fondo esperti per Assistenza tecnica	600.000	600.000	1.200.000	3	1.800.000
	Fondo in loco	300.000	300.000	600.000		
	TOTALE	5,550,000	2.650.000	8,200,000		

2. CONTESTO DELL'INTERVENTO

2.1 Origini, Identificazione e Formulazione

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 Accelerato e Sostenibile per lo Sradicamento della Povertà (PASDEP), adottato nel 2006 dal Parlamento Etiopico. 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.

Il 37% dell'*Framework Agreement 2009 - 2011* risorse sono dedicate al settore sanitario. Nel 2009 con approvazione del Comitato Direzionale del 9.12.2008 n. 231 sono stati erogati 7.5 milioni al Programma *Protection of Basic Services* (PBS⁷).

A completamento del Protocollo, 8,2 milioni di Euro, sono oggetto della presente proposta di finanziamento, con contributi al fondo MDG ed altri settori dedicati al rafforzamento del sistema sanitario (i.e. HMIS, HRD e *Service delivery*).

L'iniziativa, che entra a fare parte nel Piano strategico nazionale sanitario (HSDP IV) è stata concordata con l'FMoH e verrà ufficializzata con la firma di un Agreement bilaterale.

La formulazione della presente iniziativa, per il periodo 2010-2012, è stata effettuata tra gennaio e aprile 2010 e fa seguito alle precedenti iniziative realizzate dalla Cooperazione italiana (HSDP III, PBS II).

Le iniziative che si sono succedute nel corso degli ultimi 8 anni nel settore sanitario in Etiopia configurano un andamento sempre più armonizzato tenendo comunque in considerazione i limiti di trasparenza e democrazia del Paese.

⁷ Fondo multi-donatori gestito dalla Banca mondiale (ente esecutore) la cui componente sanitaria ha come finalità quello di accelerare ulteriormente la realizzazione del HSDP con particolare riferimento allo sviluppo dei servizi sanitari di base al fine di raggiungere gli MDGs riguardanti la salute.

2.2 Contesto Nazionale

L'Etiopia è un paese vasto, popolato da oltre 80 milioni di abitanti, di cui almeno l'80% vive in aree rurali. Nonostante l'economia sia in forte crescita (incremento del Prodotto Interno Lordo del 10% tra il 2004 ed il 2007), l'Etiopia è uno dei paesi più poveri al mondo, al 169° posto su 177 nell'indice di sviluppo umano (UNDP 2007). Negli ultimi 3 anni, la crescita del PIL ha fatto aumentare del 7% il reddito procapite, che rimane tuttavia uno dei più bassi tra i paesi in via di sviluppo (160 dollari pro-capite circa). Circa l'80% della popolazione vive al di sotto della soglia di povertà fissata internazionalmente a 2 dollari al giorno, mentre 31 milioni di persone si trovano al di sotto della soglia di povertà nazionale di 40/50 centesimi di dollari al giorno (il 90% di questi vive in aree rurali). L'aspettativa di vita è inferiore ai 47 anni. L'economia etiopica, fortemente dipendente dagli aiuti internazionali, è strettamente legata al settore agricolo, quasi interamente dominato da un'agricoltura di sussistenza.

Lo stato etiopico ha una costituzione federale con 11 governi regionali ed un sistema amministrativo decentrato composto da circa 900 distretti (wereda) ed oltre 100 municipalità. I budget regionali sono finanziati soprattutto da trasferimenti federali, mentre le risorse proprie sono abbastanza limitate. I budget delle wereda sono composti dai trasferimenti dal livello regionale (80-90% del budget totale) e dalle risorse locali. E' stimato che più del 95% del budget delle wereda è assorbito dalle spese correnti, mentre solo il 5% è dedicato ad attività di investimento.

2.3 Contesto Regionale

L'intervento, oltre che a livello federale attraverso la partecipazione italiana all'MDG Fund, si svolgerà anche a livello delle Regioni Oromia e Tigray con un contributo sia in termini finanziari che di assistenza tecnica.

L'Oromia è la più vasta regione del Paese con una popolazione stimata in oltre 27 milioni (1/3 del totale in Etiopia). Amministrativamente è divisa in 18 Zone con 298 Distretti (wereda) e 36 Municipalità. Nonostante la sua ricchezza in risorse naturali ed i notevoli passi avanti in termini di sviluppo compiuti nell'ultimo decennio, l'Oromia è tuttora affetta da un basso sviluppo di servizi sociali di base quali scuole e servizi sanitari. A titolo di esempio, in campo "materno - infantile", indicatori chiave quali le percentuali di visite in gravidanza (*Antenatal Care Coverage*), e di parti assistiti da personale qualificato (*Deliveries Assisted by Skilled Health Personnel*), rispettivamente del valore di 60% e 17% per il periodo 2008-2009, sono al di sotto della pur bassa media nazionale.

La popolazione del Tigray è stimata in circa 4,5 milioni di abitanti di cui l'81% vive in zone rurali. Amministrativamente è divisa in 35 Distretti e 11 Municipalità. Analogamente all'Oromia, anche il Tigray è caratterizzato da un basso sviluppo di servizi sociali di base tra cui quelli sanitari. A titolo di esempio, in Tigray, malattie epidemiologicamente importanti quali p.e. la tubercolosi hanno un tasso di detezione (TB Case Detection Rate) del 27%, di molto inferiore al target nazionale (68%) così come, analogamente all'Oromia, i parti assistiti da personale qualificato non superano il 22%.

2.4 Quadro Settoriale e Interventi

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

In Etiopia un bambino che nasce ha circa 8 possibilità su 100 di morire entro il suo primo anno di vita e circa 12 su cento di non raggiungere ai 5 anni; ha inoltre solo 54% di probabilità di essere completamente vaccinato e ben 7% di probabilità di soffrire di malnutrizione. E' 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 (2,1% secondo le più recenti stime ufficiali del Ministero della Sanità etiopico), in una popolazione di circa 80 milioni di abitanti comporta un numero assoluto di casi rilevante (circa 1 milione di persone sieropositive con un'incidenza di circa 344 nuovi casi ogni giorno). Gli orfani da AIDS sono circa 900.000 e, su un numero complessivo di 260.000 pazienti che necessitano di terapia antiretrovirale, solo circa 87.000 (dato del 2007) vi hanno accesso.

La spesa sanitaria annuale è molto bassa (7,1 USD per persona all'anno, di cui solo 2,7 USD da fonte governativa), corrispondente ad un quarto della spesa sanitaria minima (30 USD) raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per i paesi in via di sviluppo ed inferiore alla metà della spesa pubblica annuale media (15 USD) nei Paesi dell'Africa sub-sahariana. 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.

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

Come previsto dal Protocollo d'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 lanciato il Programma di sviluppo del settore sanitario (HSDP), un piano ventennale suddiviso in periodi quinquennali.

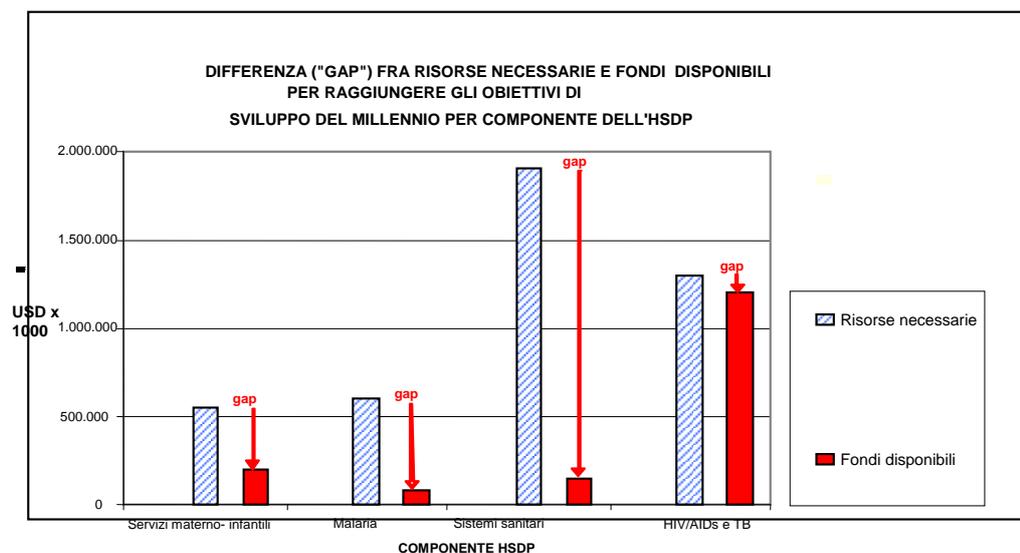
L'HSDP, è allineato con il Programma nazionale di riduzione della povertà (PASDEP) del quale rappresenta l'articolazione settoriale per la sanità. Questo programma include sette componenti fondamentali: 1) erogazione di servizi sanitari di qualità, 2) riabilitazione ed espansione delle strutture sanitarie, 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'HSDP ha aggiunto anche nuovi programmi strategici allineati con gli MDGs, il più importante dei quali è l'“*Health Extension Programme*”, finalizzato a migliorare la copertura, l'accessibilità e la qualità dei servizi sanitari di base.

L'iniziativa “Contributo italiano al Programma di sviluppo del settore sanitario (HSDP)”, è iniziata nel 2003, con un contributo di 12 milioni attraverso l'art 15 versato in un conto bancario dedicato e gestito dal FMOH con il monitoraggio dell'AT italiana. A questa ha fatto seguito nel 2009 la partecipazione italiana all'iniziativa multi-donatori “*Protection of Basic Services*”, seconda fase (PBS II) gestito dalla Banca Mondiale. Il contributo italiano al PBS di 7.5 milioni di € ha compreso, 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 del PBS II, attraverso la partecipazione italiana ai relativi organi di governo, nonché

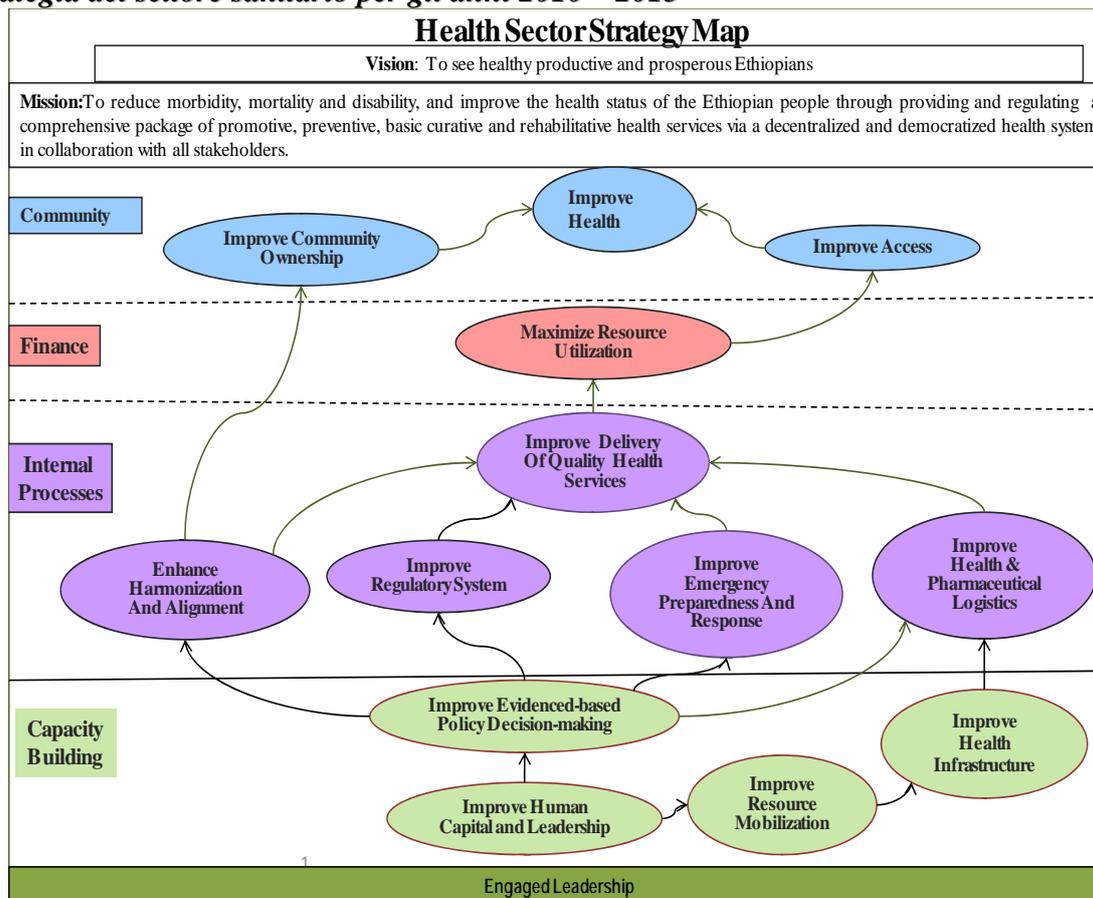
alla realizzazione, su richiesta della controparte, di studi e ricerche operative, disseminazione dei risultati, documentazione delle esperienze.

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 Sanitario, 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, Sistema di finanziamento dei servizi e Sviluppo delle risorse umane).



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

Strategia del settore sanitario per gli anni 2010 – 2015



Nel quadro della strategia presentata dal Governo etiopico l'assistenza tecnica italiana ha avuto risultati importanti e riconosciuti dallo stesso Governo etiopico, nell'ambito del "Capacity Building" "Improve Evidenced based and Policy decision making" attraverso lo sviluppo del Sistema di informazione sanitario, la produzione di articoli di politica sanitaria e la produzione di un bollettino sanitario di diffusione nazionale.

2.6 Problemi da Risolvere

Per far fronte alle problematiche esistenti nel Paese nel settore sanitario, il Programma è allineato nella massima misura possibile alla metodologia del Piano strategico nazionale sanitario (HSDP).

In detto piano sono state identificate le priorità selezionate in linea con i problemi di salute pubblica prevalenti in Etiopia da superare per il raggiungimento degli MDGs nel settore sanitario. Il presente programma ha lo scopo di supportare la risposta alle seguenti priorità identificate:

- Mortalità materna;
- Mortalità infantile;
- Alta incidenza delle malattie trasmissibili;
- Rafforzamento del sistema sanitario.

Secondo la competenza e il potenziale valore aggiunto della Cooperazione italiana e secondo i bisogni specifici, il processo di formulazione del presente programma ha identificato una struttura logica di supporto, articolata tra i livelli federali e regionali.

Per quanto riguarda la Componente 1 (contributo al MDG *Fund* – vedi paragrafo 1.4) - I bisogni identificati sono quelli correlati all'erogazione dei servizi sanitari di base per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio in ambito sanitario.

Inoltre, in termini di modalità armonizzate ed efficaci di aiuto allo sviluppo, l'MDG *Fund* esprime il bisogno del paese beneficiario di stabilire e rafforzare un canale di finanziamento per il sostegno al settore sanitario. Il contributo dei partner all'MDG *Fund* e il lavoro di assistenza tecnica correlato ai meccanismi di governo congiunto dell'HSDP costituiscono la risposta ad un bisogno espresso fortemente dal Paese beneficiario.

Per quanto riguarda invece la Componente 2 (contributo al Ministero della Sanità – Uffici Sanitari Regionali di Oromia e Tigray – vedi paragrafo 1.4) - Il rafforzamento dei sistemi sanitari nel Paese ha registrato dei passi rilevanti negli ultimi anni, tuttavia limitati da capacità tecniche e finanziarie inadeguate. Programmi quali l'*Health Extension Programme*, necessitano, per la completa operatività, di numerosi elementi a livelli differenti dei sistemi sanitari. Nello stato attuale dello sviluppo del settore è possibile, in alcuni casi, identificare bisogni specifici sui quali interventi mirati possono fare da catalizzatore dello sviluppo e dell'operatività di un sistema ben più grande. E' il caso dei bisogni espressi direttamente dalle regioni Oromia e Tigray, in cui attraverso interventi di assistenza tecnica e finanziaria nel campo dello sviluppo delle risorse umane, del Sistema informativo sanitario e del sistema farmaceutico sarà possibile migliorare sensibilmente il sistema dei servizi di base (*Service Delivery System*).

2.7 Gruppo Destinatario, Istituzioni, Organismi e altri Attori Coinvolti nella Realizzazione

Gruppo Destinatario

Trattandosi di un contributo ad un programma settoriale il beneficiario generale è tutta la popolazione del Paese con particolare riferimento alle popolazioni delle aree rurali che maggiormente utilizzano i servizi sanitari di base (Centri sanitari e posti di salute). Inoltre sono considerati beneficiari coloro che saranno direttamente coinvolti dalle attività del programma:

- ⇒ Le popolazioni delle Regioni dell'Oromia e del Tigray;
- ⇒ Il personale degli Uffici Sanitari Regionali;
- ⇒ Il personale del Ministero della Sanità, per le componenti direttamente appoggiate dal Programma;
- ⇒ Gli operatori sanitari in servizio presso le strutture sanitarie sedi di intervento.

Istituzioni e altri Organismi Coinvolti

L'Accordo bilaterale prevede le seguenti istituzioni coinvolte:

Da parte del Governo Etiopico le Istituzioni e gli Organismi coinvolti sono:

- Il **Ministero delle Finanze e Sviluppo Economico** (*Ministry of Finance and Economic Development of Ethiopia - MoFED*), che rappresenta il Governo Etiopico come controparte del Governo Italiano per la stipula dell'accordo intergovernativo.
- Il **Ministero della Sanità' (FMoH)** agirà come ente esecutore per le Componenti 1 e 2 (Canali 1b e 2).
- Il Direttore Generale del PPF/GD, denominato **Person in Charge (PIC)** sarà designato dal FMoH per la gestione dei fondi previsti nell'accordo sotto la Componente 2.

- Gli **Uffici Regionali Sanitari** (*Regional Health Bureaus* - RHBs) di Oromia e Tigray opereranno come enti esecutori delegati per il Programma a livello regionale. Saranno responsabili rispettivamente per le sottocomponenti 2a e 2b.
- La **National Bank of Ethiopia (NBE)**, agirà come amministratore dei seguenti conti correnti, sui quali la DGCS verserà i propri fondi:
 1. Per la Componente 1 (Canale 1b) – conto speciale denominato “*Ministry of Health MDG Pool Fund*” in Dollari USA;
 2. Per la Componente 2 (Canale 2) – conto speciale denominato “*MOH Italian Contribution to HSDP*” in Euro.
- Le **Regional Commercial Banks** agiranno come amministratori dei conti speciali regionali aperti, su richiesta del FMoH, dalle RHBs dell’Oromia per la sottocomponente 2a e del Tigray per la sotto-componente 2b..

Da parte del Governo italiano le Istituzioni e Organizzazioni coinvolte sono:

- La **Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri (MAE/DGCS)**, che rappresenta il Governo Italiano per l’attuazione dell’accordo riguardante questa iniziativa. Il MAE/DGCS agirà come ente finanziatore dell’iniziativa per quanto riguarda i fondi trasferiti secondo la modalità Art.15 Reg. L. 49/87). Per quanto riguarda i fondi della Componente 3, il MAE/DGCS agirà sia come ente finanziatore sia come ente esecutore.
- **L’Unità Tecnica Locale** della Cooperazione Italiana allo Sviluppo presso l’Ambasciata d’Italia in Etiopia (UTL), che rappresenta il MAE/DGCS in Etiopia per la supervisione degli interventi di Cooperazione bilaterale.
- La **Technical Assistance and Monitoring Unit (TAMU)** lavorerà in collaborazione con il PIC e l’UTL. Del team della TAMU faranno parte: 1) un Esperto Italiano) Capo programma) che sarà la controparte del PIC; 2) un esperto amministrativo; 3) un esperto in Monitoraggio e Coordinamento; 4) specialisti che verranno assegnati secondo la richiesta del PIC e, 5) personale etiopico.

L’accordo prevede la costituzione di uno **Steering Committee (SC)** che sarà garante della *Governance* della componente 2 del Programma. Esso sarà costituito da 6 membri che rappresenteranno il MoFED, DGCS, i RHBs dell’Oromia e Tigray, il PPF/GD e la TAMU. Tutte le decisioni della SC devono essere prese all’unanimità. La SC si incontrerà ogni volta che si riterrà necessario su richiesta di uno dei membri.

I compiti e le responsabilità di tutte le suddette Istituzioni e Organismi sono descritte nel successivo punto 5.2.

3. STRATEGIA D’INTERVENTO

3.1 Selezione della Strategia d’Intervento

L’iniziativa, tra le componenti identificate nell’ambito del *Framework Agreement* (2009 – 2011), si configura come un contributo diretto ai programmi di sviluppo settoriale del Paese, attraverso modalità di finanziamento che attribuiscono responsabilità esecutiva alle Istituzioni locali.

Infatti 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 programma (finanziamento al settore) che l' Assistenza Tecnica in gestione diretta.

La componente in gestione diretta verrà realizzata tramite la creazione di un'apposita struttura denominata TAMU (*Technical Assistance and Monitoring Unit*) che svolgerà funzioni di assistenza tecnica al Ministero della Sanità e agli Uffici Regionali del MoH, di preparazione dei Piani Operativi Annuali, di monitoraggio congiuntamente al FMoH e ad altri donatori, delle attività del programma per varie componenti dello stesso.

La presenza e il contributo dei donatori allo sviluppo del settore sanitario in Etiopia è una necessità imprescindibile al momento attuale. Infatti, circa il 30 % del costo complessivo dell'HSDP, viene sostenuto da risorse esterne.

Componenti

I contributi della presente iniziativa sono coerenti con le modalità previste dall'*Health Harmonization Manual* dell'HSDP che prevede tre canali di finanziamento:

- **Canale 1:** contributo diretto al bilancio del governo. Erogazione e rendicontazione sono responsabilità del Ministero delle Finanze e dei *Bureaus* Finanziari Regionali. Esistono due modalità: **a)** supporto al budget nazionale, indifferenziato e **b)** supporto al budget con l'identificazione di uno o più specifici settori.

I finanziamenti alla Componente 1 della presente iniziativa, che seguono per ogni aspetto le modalità del Governo etiopico, saranno erogati secondo le modalità del Canale 1b.

- **Canale 2:** il finanziamento è indirizzato verso i Ministeri di settore (la Sanità in questo caso), a ciascun livello amministrativo, i quali sono responsabili per la gestione e rendicontazione dei fondi allocati. Viene utilizzato dalla maggioranza dei donatori bilaterali e multilaterali e possono seguire sia le procedure finanziarie amministrative del GOE che quelle richieste dai donatori. I fondi della presente iniziativa (Componente 2) saranno erogati secondo le modalità del canale 2. Questa componente è divisa in due sotto-componenti:

2a. Contributo all'Oromia *Health Bureau* per i Servizi sanitari di base;

2b. Contributo al Tigray *Health Bureau* per i Servizi sanitari di base;

- **Canale 3:** il finanziamento viene gestito direttamente dall'ente finanziatore, che è responsabile della rendicontazione dei fondi allocati (gestione diretta).

I donatori bilaterali e multilaterali (firmatari del JFA) che per il prossimo biennio hanno già aderito secondo le modalità definite come "canale 1b" al MDG *Fund* sono: DFID, Spagna, Banca Mondiale, UNFPA, UNICEF, WHO, Irlanda (vedi allegato B della bozza dell'accordo intergovernativo).

In particolare:

- la Componente 1, realizza l'intenzione di contribuire al MDG Fund quale canale preferenziale del Governo etiopico e strumento potenziale per il *sector wide approach* in Etiopia. Questo contributo implica un impegno della Cooperazione Italia ad operare assieme al FMoH ed ad altri donatori, per il rafforzamento del funzionamento e dell'efficacia dello

strumento “*pooled fund*” a livello federale, gestito dal FMoH, seguendo le procedure del Governo etiopico. Questa componente include anche il rafforzamento dell’HMIS.

- la Componente 2 (sotto-componenti 2a e 2b) sarà canalizzata attraverso il PPF/GD e conseguentemente le sotto-componenti (2a e 2b) saranno gestite dagli Uffici Sanitari regionali dell’Oromia e del Tigray, rispettivamente. I fondi sotto questa componente sono dedicati al rafforzamento dei servizi sanitari di base.
- la Componente 3, prevede una consistente componente di assistenza tecnica al fine di offrire la massima assistenza alla realizzazione delle componenti concordate in ambito HSDP.

3.2 Obiettivo Generale

Migliorare lo stato di salute della popolazione etiopica, secondo il piano strategico sanitario nazionale (HSDP) e in linea con gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio riguardanti la salute.

3.3 Obiettivo Specifico ed Indicatori

Obiettivo specifico

Incrementare la copertura e migliorare la qualità dei servizi di promozione, prevenzione e cura della salute attraverso il rafforzamento delle capacità di generare e usare l’informazione (HMIS), contribuendo allo sviluppo delle risorse umane del settore sanitario (HRD) e migliorando la qualità dei servizi sanitari di base.

Indicatori

- Frequenza annua dei Servizi ambulatoriali per capita (Valore di base: 0,3);
- Percentuale di Distretti e Centri di salute con “*catchment areas*” e popolazione di riferimento aggiornate;
- Proporzioni di istituzioni sanitarie con personale secondo standard.

3.4 Risultati Attesi ed Indicatori

Sono stati concordati con la controparte e riportati nel project document e Agreement

Risultati Attesi

1. Il MoH ha sufficienti risorse finanziarie per realizzare l’HSDP;
2. Abilità di generare ed usare l’informazione a tutti i livelli migliorata;
3. Decisori e Partner per lo Sviluppo meglio informati attraverso i Rapporti annuali di performance ed i Bollettini scientifici trimestrali;
4. Tempestività e completezza dei rapporti sanitari di routine migliorate;
5. Rapporto personale sanitario su popolazione per categoria incrementato;
6. Proporzioni delle strutture sanitarie con personale secondo le norme incrementato;
7. Accesso, qualità ed uso dei servizi materno - infantili aumentati;
8. Accesso, qualità ed uso dei servizi sanitari preventivi aumentati;
9. Accesso, qualità ed uso dei servizi sanitari curativi aumentati

Indicatori

Per il risultato atteso 1

- Erogazione dei fondi avvenuta secondo i piani.

- Esperti italiani membri degli organi di governo congiunto dell'HSDP

Per i risultati attesi 2, 3 e 4

- Percentuale di rapporti tempestivi e completi (valore di base indeterminato: l'HMIS scale-up è ancora in corso);
- Pubblicazione regolare dell'*Annual Performance Report* e del Bollettino scientifico trimestrale del Ministero della Sanità.

Per i risultati attesi 5 e 6

- Ratio Personale sanitario su Popolazione per categoria (valori di base: 1 medico / 36158 abitanti; 1 infermiere / 3870 abitanti; 1 HEW / 2544 abitanti).

Per i risultati attesi 7, 8 e 9

- Percentuale di parti assistiti da personale qualificato (valore di base: 10%);
- Copertura vaccinale per Morbillo (Valore di base: 77%);
- Percentuale di abitazioni che posseggono almeno una zanzariera impregnata di insetticida – ITN (valore di base: 66%);
- Percentuale di successo dei trattamenti della tubercolosi (valore di base: 84%);
- Numero di persone viventi con l'HIV/AIDS in trattamento con Anti-retrovirali (valore di base: 152.472).

3.5 Attività

Le attività previste nella presente Proposta di Finanziamento sono elencate di seguito:

Per il risultato atteso 1

1. Fornire assistenza finanziaria al MoH per l'MDG *pooled fund*;
2. Partecipare ai meccanismi di monitoraggio, assieme ad altri Partner per lo Sviluppo firmatari ed il MoH.

Per i risultati attesi 2, 3 e 4

1. Fornire assistenza tecnica al MoH su generazione e uso dell'informazione;
2. Partecipare attivamente al NAC⁸ e alle attività ad esso connesse;
3. Fornire assistenza tecnica agli Uffici Sanitari Regionali per l'estensione nazionale dell'HMIS (HMIS roll out);
4. Supportare, attraverso l'assistenza tecnica, la formazione e la supervisione per l'estensione nazionale dell'HMIS.

Per i risultati attesi 5 e 6

1. Costruire capacità attraverso la formazione e la supervisione;
2. Sviluppare e realizzare strategie di ritenzione del personale;
3. Formare e distribuire nelle strutture il personale sanitario.

Per i risultati attesi 7, 8 e 9

1. Supportare la disponibilità di "*health commodities*", attraverso la fornitura di farmaci ed attrezzature di base alle strutture sanitarie;
2. Supportare i processi di autovalutazione;
3. Fornire assistenza tecnica per la supervisione di sostegno;
4. Promuovere e supportare le istituzioni pubbliche nelle ricerche operative;
5. Sviluppare e stampare linee-guida e i manuali;

⁸ Health Information System - National Advisory Committee

6. Supportare la revisione delle “*catchment areas*” e le riunioni di valutazione dei Centri di salute.

4. FATTORI ESTERNI

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

L’iniziativa sarà regolata da un Accordo⁹ intergovernativo e dal *Programme Implementation Document* (PID), concordati con il MoFED ed il FMoH etiopici.

L’**Accordo** stabilisce i principali obblighi delle due parti (italiana ed etiopica) per la realizzazione dell’iniziativa ed inoltre, definisce il sistema di accreditamento delle risorse, nonché i meccanismi di esborso, *procurement*, monitoraggio, valutazione, controllo e le procedure di *reporting*.

La compatibilità tra l’iniziativa oggetto della presente Proposta di Finanziamento e l’HSDP è assicurata dalla predisposizione di piani operativi annuali coerenti con gli obiettivi e le attività dello stesso HSDP. Vi è inoltre coerenza e complementarità tra il PID (vedi di seguito) e l’Accordo soprattutto per quanto riguarda la gestione finanziaria, le procedure di *procurement*, il monitoraggio e la valutazione.

Il documento denominato ***Programme Implementation Document (PID)***, in allegato A e parte integrante dell’Accordo, definisce con ulteriore dettaglio rispetto all’Accordo stesso, i meccanismi di esecuzione, i centri di responsabilità e le funzioni dell’Assistenza Tecnica della Cooperazione italiana. Rispetto a quanto descritto in merito alle modalità di finanziamento adottate (Componenti 2 e 3) si forniscono ulteriori dettagli circa le procedure di *procurement* adottate.

Per la Componente 1 le procedure di *procurement* saranno quelle del Governo etiopico stabilite per la gestione del MDG *Fund* (i dettagli sono descritti nell’allegato B dell’accordo

⁹ *Agreement between the Government of the Republic of Italy and the Government of the Federal Democratic Republic of Ethiopia for the implementation of the programme “Italian contribution to the Health Sector Development Programme (HSDP) 2010 - 2012”*

intergovernativo). Per quanto riguarda il *reporting*, il FMOH dovrà fornire a tutti i donatori tutta la documentazione rilevante alle procedure del *procurement* seguite nonché copia dei contratti aggiudicati.

Per la Componente 2 (sotto componenti 2a e 2b) è previsto l'acquisto in loco dei beni e servizi. Per quanto riguarda i farmaci, bisogna notare che questi saranno forniti dalla “*Pharmaceutical Funding and Supply Agency*” (PFSA), un'agenzia governativa che risponde al MoH, responsabile per l'acquisto e la distribuzione dei beni (*health commodities*) alle istituzioni sanitarie pubbliche. Le procedure del *procurement* Nazionale usate dalla PFSA per l'acquisto di farmaci e beni sanitari, sono accettate dai tutti i Paesi donatori che operano in Etiopia. In effetti, non si tratta di un vero acquisto, ma di una sorta di distribuzione di acquisti già effettuati dalla PFSA in grandi lotti, seguendo le procedure accettate da tutti i donatori.

Per l'acquisto sotto questa componente, non sono previste gare internazionali. Quindi per l'acquisto saranno seguiti i principi del “*Project Appraisal Document*¹⁰”, dove è previsto che in caso di gare nazionali, saranno seguite le procedure del Paese beneficiario, soggette alle seguenti procedure aggiuntive:

- 1) Saranno utilizzati i documenti standard per l'acquisto dei beni del Paese beneficiario;
- 2) Se sarà utilizzata la procedura della pre-qualificazione, sarà utilizzata la procedura di pre-qualificazione della Banca Mondiale;
- 3) Non verrà utilizzato il margine di preferenza;
- 4) Ai partecipanti alle gare sarà concesso un periodo minimo di 30 giorni, dalla data della disponibilità dei documenti di gara, per consegnare le offerte;
- 5) L'uso dei “punti per merito” per la valutazione delle offerte non sarà permesso;
- 6) Gli offerenti esterni al Paese non saranno esclusi dalla partecipazione;
- 7) I risultati, le valutazioni e le aggiudicazioni dei contratti dovranno essere pubbliche.

Per quanto riguarda il *reporting*, l'UTL e la TAMU hanno diritto di rivedere le decisioni del *procurement* di modo da confermare che le attività siano state effettuate in modo trasparente ed efficiente ed in conformità con la normativa sopra citata.

Per quanto riguarda la **Componente 3**. La definizione delle attività realizzate in gestione diretta (finanziate a valere sullo specifico fondo di gestione in loco) saranno oggetto di separati Piani Operativi, soggetti all'approvazione della DGCS. Le procedure di *procurement* adottate in tal caso seguiranno necessariamente quelle previste dalla DGCS.

5.2 Quadro Istituzionale e Responsabilità per la Realizzazione del Progetto

Per quanto riguarda la lista degli organismi coinvolti nella realizzazione dell'iniziativa si rimanda al paragrafo 2.6 del presente documento. Per quanto riguarda le responsabilità e i compiti:

- Il **MoFED** è il firmatario dell'*accordo bilaterale* per il 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.
- Il **Ministero della Sanità** è l'ente esecutore a livello federale, per le Componenti 1 e 2 (Canali 1b e 2). Il FMOH dovrà:

¹⁰ *Project Appraisal Document* redatto dalla Banca Mondiale, nel Aprile 2009, concernente il programma “*Protection of Basic Services – seconda fase*”

- con l'assistenza del MoFED, aprire il conto corrente per i fondi della Componente 2. Il conto corrente per la Componente 1 è stato già aperto, in quanto è relativo al fondo multi-donatori.
- comunicare, non appena l'accordo intergovernativo entrerà in vigore, i dettagli di tutti e due i conti correnti, per consentire alla DGCS di effettuare i trasferimenti.
- Dare istruzione agli Uffici sanitari regionali dell'Oromia (per la sotto-componente 2a) e del Tigray (per la sotto-componente 2b) ad aprire i propri conti correnti in valuta locale;
- Essere responsabile per l'intera gestione della Componente 1 e, attraverso il PPF/GD (vedi di seguito), della Componente 2 (allocazione risorse finanziarie, *procurement*, *reporting*, rendicontazione, monitoraggio ecc)

- Il Direttore della PPF/GD, sarà designato dal FMOH, come ***Person in Charge*** (PIC) per la gestione dei fondi della Componente 2. Il PIC, sarà supportato dalla TAMU, per svolgere i seguenti compiti:

- preparazione e endorsement, se in accordo con il PID, dei *Plan of Actions (PoAs)*, *Semi Annual Reports (SaRs)* e *Instatement Request Report (IRR)*.
- Trasmissione dei PoAs e IRR allo SC per l'approvazione;
- Trasmettere i SAR e le richieste per la riallocazione dei fondi all'Esperto italiano per l'approvazione. A sua volta l'Esperto Italiano trasmetterà tali documenti alla DGCS, quando necessario, dopo revisione dell'UTL.

- Gli **Uffici Regionali Sanitari** (RHBs) di Oromia e Tigray opereranno come enti esecutori delegati per il Programma a livello regionale. Saranno responsabili rispettivamente per le sottocomponenti 2a e 2b del programma. Le loro responsabilità, includono la realizzazione delle attività secondo i PoAs (i.e. *procurement*, formazione, supervisione ecc)

Le RHBs, con l'assistenza della TAMU, dovranno:

- 1) preparare i PoA da mandare al PIC per approvazione;
- 2) acquistare i beni e i servizi, previsti nei PoA;
- 3) firmare e gestire i contratti;
- 4) preparare i rapporti tecnico finanziari secondo le prescrizioni dell'accordo intergovernativo e trasmetterli al PIC per approvazione.

- La **National Bank of Ethiopia (NBE)**, agirà come amministratore dei seguenti conti correnti, sui quali la DGCS verserà i propri fondi:

- a) Per la Componente 1 (Canale 1b) – conto speciale denominato “*Ministry of Health MDG Fund*” in Dollari USA, aperto dal FMOH con l'assistenza del MoFED. Detto conto in valuta estera è lo stesso nel quale tutti i donatori partecipanti al MDG Fund (firmatari del JFA¹¹) stanno già versando i rispettivi fondi secondo le modalità stabilite.
- b) per la Componente 2 (Canale 2) – conto speciale denominato “*MOH Italian Contribution to HSDP*” in Euro. I fondi trasferiti dalla DGCS su tale conto saranno poi trasferiti dal FMOH, in valuta locale (ETB) sui conti aperti presso le *Regional Commercial Banks* rispettivamente dall'Oromia per la sotto-componente 2a e dal Tigray per la sotto-componente 2b.

¹¹ *Joint Financing Arrangement* – Allegato B dell'accordo intergovernativo

Per quanto riguarda la parte Italiana le Istituzioni di riferimento sono il MAE/DGCS e IDC/UTL, come specificato nel paragrafo 2.6 di questo documento. Per quanto riguarda le responsabilità e i compiti:

- La **Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Esteri (MAE/DGCS)** rappresenta il Governo italiano per il programma. Per quanto riguarda la Componente 3 (Assistenza Tecnica) agisce sia come ente finanziatore sia come ente esecutore.

MAE/DGCS assegnerà alla TAMU, in accordo con il FMOH e secondo le Linee Guida dell'Assistenza Tecnica per il settore sanitario nonché in accordo con le procedure interne del MAE/DGCS, l'Esperto italiano, l'Esperto di Monitoraggio e Coordinamento, l'Esperto Amministrativo e altri esperti durante l'esecuzione delle attività del programma come indicato nel PID.

MAE/DGCS eseguirà, congiuntamente al PPF/GD, attività di valutazione (in corso, finali ed ex-post) ogni volta che riterrà opportuno.

- L'**Unità Tecnica Locale (UTL)** rappresenta il MAE/DGCS in Etiopia per la realizzazione del Programma. E' responsabile per le attività di cooperazione bilaterale tra Italia e Etiopia.

Supervisionerà gli esperti della TAMU e farà parte della *Steering Committee* come membro.

- La **Technical Assistance and Monitoring Unit (TAMU)** avrà i seguenti compiti principali:

- a. Partecipare alle attività di monitoraggio dell'HSDP, assieme al FMOH, ad altre istituzioni nonché ai donatori, come specificato nel "*HSDP Health Harmonization Manual*¹²". Per quanto concerne l'MDG fund, parteciperà alle attività interne di monitoraggio, assieme all'FMOH nonché i firmatari del "*Joint Financing Arrangement*¹³" come specificato nel Capitolo 6 di detto documento. Questa mansione include anche la partecipazione attiva ai meccanismi di coordinamento tra i donatori, nonché tra i donatori ed il Governo Etiopico. Le attività di coordinamento hanno lo scopo di perseguire l'obiettivo dell'allineamento e dell'armonizzazione.
- b. In accordo con "*Technical Assistance Guidelines for the Health Sector*", fornire assistenza tecnica al FMOH per costruire capacità nelle aree dell'*Health Information System*, Sviluppo delle risorse umane, amministrazione e/o ogni altra area che si riterrà necessaria e/o richiesta dal FMOH.
- c. Promuovere e effettuare, congiuntamente e secondo le richieste della FMOH e delle RHBs, ricerche, studi, pubblicazioni e disseminazione di articoli, seminari e ogni altra attività scientifica nel settore sanitario che si riterrà necessaria.
- d. Effettuare, congiuntamente al PIC, attività di monitoraggio esterno relative alla Componente 2 del Programma.
- e. Effettuare attività di gestione di programma che richiedono le procedure del Governo italiano, rilevanti alla Componente 3 del programma per conto del MAE/DGCS.

L'assistenza tecnica italiana, come previsto nella bozza di accordo intergovernativo, include:

- un Esperto Italiano che dirigerà la TAMU. Le responsabilità di detta figura saranno le mansioni di cui ai precedenti punti "a", "d" ed "e". Per quanto riguarda il lavoro quotidiano sulle attività del programma (Componente 2), l'Esperto Italiano agirà in consultazione e accordo con il PIC. In particolare l'Esperto Italiano approverà o provvederà la "*no-objection*" sui PoA nonché i rapporti precedentemente approvati dal PIC;

¹² Allegato C dell'accordo intergovernativo.

¹³ Allegato B dell'accordo intergovernativo

- un Esperto amministrativo assisterà l'esperto italiano per le mansioni "d" ed "e" sopramenzionate;
- un esperto in Monitoraggio e Coordinamento per la mansione "a" sopra menzionata, nonché per il collegamento con l'UTL per tutte le attività sopra menzionate;
- specialisti di settore per i compiti "b" e "c" sopra menzionati, assegnati su richiesta del PIC e congiuntamente selezionati in accordo con le "*Technical Assistance Guidelines for the Health Sector*".

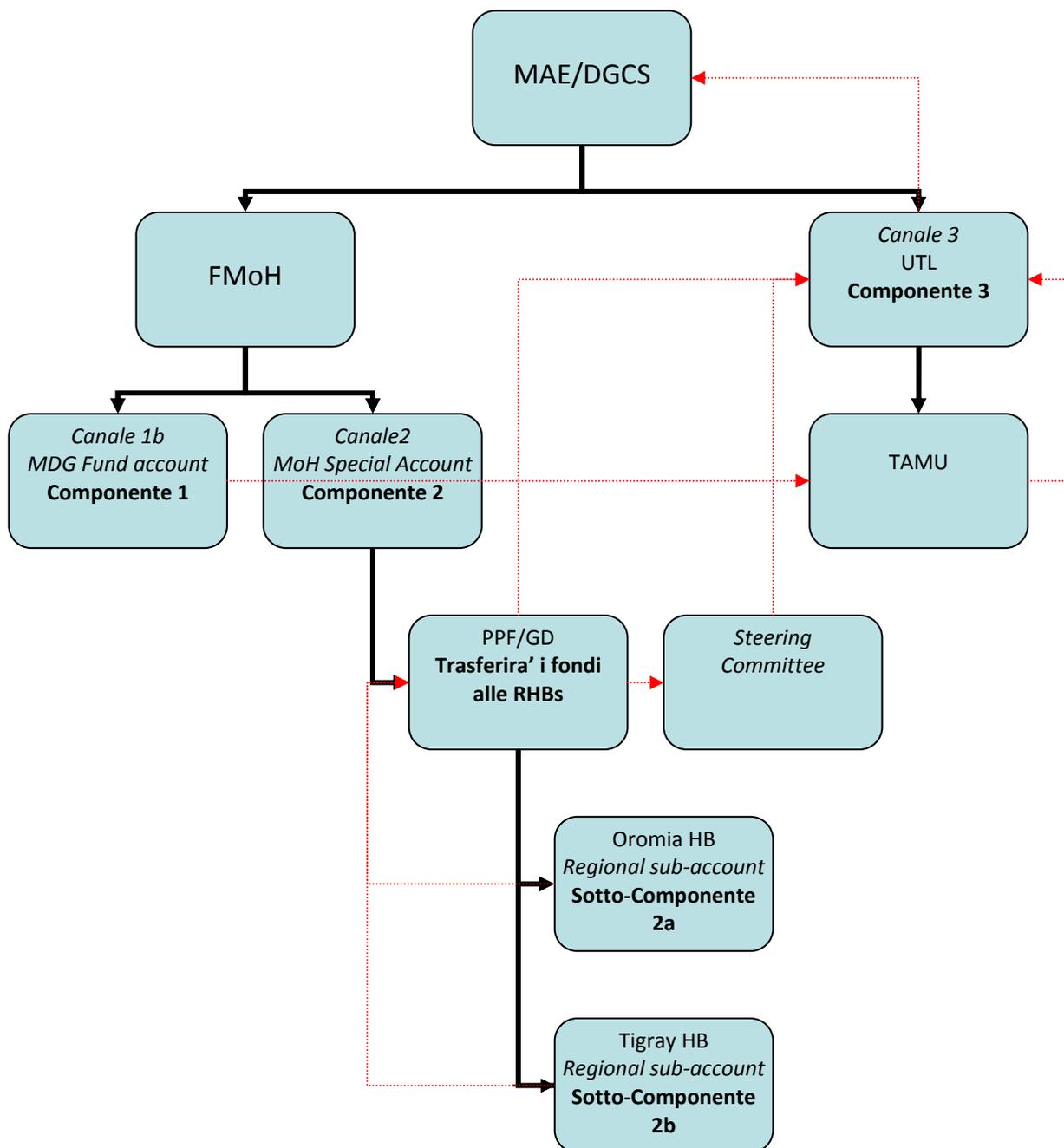
I Termini di Riferimento (TOR) degli esperti italiani e degli specialisti della TAMU saranno preparati in funzione dei compiti sopra menzionati.

I suddetti esperti saranno affiancati da esperti locali nonché da personale di supporto etiopico.

- La supervisione del Programma e delle sue attività è affidata ad uno ***Steering Committee (SC)***. Lo SC sarà composto dai rappresentanti del MoFED, UTL, PPF/GD, RHBs (Oromia e Tigray) e TAMU. Esso costituirà l'organo consultivo a livello più elevato per l'intera iniziativa. Tutte le decisioni della SC devono essere prese all'unanimità. La SC dovrà:
 - facilitare le attività e monitorare la loro efficacia;
 - monitorare e valutare l'esecuzione del Programma;
 - approvare i PoAs e approvare le richieste dei fondi.

5.3 Metodologia di Intervento

Il Progetto intende contribuire al HSDP. Quindi la metodologia di esecuzione è concorde con quella di tale programma. 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

I costi indicati nelle tabelle seguenti sono stati definiti e concordati con le competenti autorità e istituzioni locali e sono parte integrante del documento di formulazione.

Essi, tuttavia sono da ritenersi indicativi soprattutto per quanto riguarda la componente finanziata via “Art. 15” e pertanto suscettibili di variazioni e spostamenti nei limiti delle principali voci previste e sulla base dei piani operativi annuali che verranno necessariamente

elaborati con le competenti autorità locali. In particolare l'Accordo prevede un certo livello di flessibilità in merito alla variazione delle voci di budget concordate che, se di importo non superiore al 25% del valore della relativa voce originale, non determinano la necessità di ricorrere ad un emendamento dell'Accordo stesso. Per quanto riguarda alcune specifiche voci, è stato invece possibile stabilirne i costi unitari e le quantità presunte.

Tutti i costi sotto riportati tengono conto dei precedenti programmi e dei prezzi prevalenti sul mercato. Essi sono da ritenersi congrui ed ammissibili.

Nella tabella seguente sono rappresentate le voci, gli importi e la suddivisione per tranches e canali del contributo italiano all'HSDP.

Budget di previsione del Contributo italiano all'HSDP 2010-2012 in Euro

COMPONENTI		1° tranche	2° tranche	Totale	Canali		Note
1	Contributo all'MDG Fund	2,900,000	0	2,900,000	1b	2,900,000	Canale bilaterale ex Art. 15 Reg. esec. L. 49/87
2a	Ufficio Sanitario Regionale Oromia per "Health service delivery system"	500,000	650,000	1,150,000	2	3,500,000	Canale bilaterale ex Art. 15 Reg. esec. L. 49/87
2b	Ufficio Sanitario Regionale Tigray per "Health service delivery system"	1,250,000	1,100,000	2,350,000			Canale bilaterale ex Art. 15 Reg. esec. L. 49/87
Sub-totale Componente 2		1.750.000	1.750.000	3.500.000			
3	Fondo Esperti	600,000	600,000	1,200,000	3	1,800,000	Gestione diretta DGCS
	Fondo in loco	300,000	300,000	600,000			
TOTALE		5,550,000	2,650,000	8,200,000			

Procedure di accredito (ex Art. 6.3 dell'Accordo)

Accredito della prima tranche presso la *National Bank of Ethiopia* per le componenti 1 e 2 (canali 1b e 2)

Dall'entrata in vigore dell'Accordo le seguenti precondizioni devono esse rispettate perché si possa procedere all'accredito della prima tranche:

- c) Il Ministero della Sanità e gli Uffici Regionali di Sanità avranno aperto rispettivamente lo "*Special Account*" ed i "*Regional Commercial Bank Accounts*" e comunicato le rispettive coordinate bancarie alla DGCS via l'UTL;
- d) Il Ministero della Sanità avrà nominato la *Person in Charge* (PIC);
- e) La DGCS avrà reclutato il Capo programma (IE), l'Esperto in monitoraggio e coordinamento e l'Esperto amministrativo.

NB: L'importo del contributo italiano all'MDG Fund (Componente 1) che ammonta ad Euro 2.900.000, sarà erogato in un'unica soluzione.

Accredito della seconda tranche presso la *National Bank of Ethiopia* per la componente 2 (canale 2)

L'accredito della seconda tranche di Euro 1.750.000 presso la *National Bank of Ethiopia* per la componente 2 avverrà alle seguenti condizioni:

- a) Non nello stesso anno fiscale (gennaio – dicembre) di erogazione della prima tranche;
- b) Non prima che il 30% della prima tranche della Componente 2 di Euro 1.750.000 sia stato speso ed il 50% sia stato impegnato;
- c) Dopo che un “*Instalment Request Report (IRR)*” sia stato approvato dallo “*Steering Committee*” del Programma e trasmesso dal PIC alla DGCS attraverso il Capo programma e l’UTL che esprimono parere;
- d) L’IRR includerà il secondo Piano d’Azione approvato dallo *Steering Committee* del Programma;
- e) Dopo che la DGCS abbia verificato completezza e correttezza dell’IRR secondo quanto previsto nell’Articolo 7 dell’Accordo.

Accredito dei fondi per la Componente 3 (Fondo in loco)

Le modalità di trasferimento per la Componente 3 a gestione diretta, seguiranno la consueta procedura DGCS.

Componente 1 - Contributo all’MDG Fund (Finanziamento ex Art. 15, Canale 1b)

COMPONENTE 1	1° tranche	2° tranche	Totale
Contributo all’MDG Fund	2,900,000	0	2,900,000

La realizzazione delle attività per quanto riguarda i fondi dedicati all’MDG Fund (*Sector budget support*) è affidata al Ministero della Sanità secondo le sue procedure e seguirà le modalità indicate nel documento “*MDG Fund Joint Financing Arrangement (JFA)*” sottoscritto dal Governo etiopico ed i Partner allo sviluppo. Il JFA è in allegato C all’Accordo bilaterale e ne costituisce parte integrante. Come previsto nell’HSDP, per la sua natura di “fondo comune”, la gestione dell’MDG Fund è assicurata attraverso la partecipazione agli organi di governo congiunti Governo-Donatori quali il JCCC, il JCM, il CJSC e l’ARM¹⁴. Attribuzioni e membri di questi organi sono definiti nel documento “*HSDP Health Harmonization Manual (HHM)*” in allegato B all’Accordo bilaterale che ne costituisce parte integrante. I principali campi di utilizzazione dell’*MDG Fund* sono il procurement di “*health commodities*” ed il rafforzamento dei sistemi sanitari tra cui il Sistema informativo sanitario. Il finanziamento di spese correnti (p. es. stipendi) è esplicitamente escluso. Tali attività prioritarie e le relative spese saranno pianificate congiuntamente su base annuale tra Ministero della Sanità e Donatori durante l’Annual Review Meeting. Il finanziamento di spese correnti (p. es. stipendi) e delle costruzioni è esplicitamente escluso. L’importo del contributo italiano all’*MDG Fund* che ammonta ad Euro 2.900.000, sarà erogato in un’unica tranche.

Componente 2 – Contributo agli Uffici Sanitari Regionali di Oromia e Tigray (Finanziamento ex Art. 15, Canale 2)

¹⁴ I principali organi di governo congiunto dell’HSDP sono a) il Joint Core Coordination Committee (JCCC), organo di decisione tecnica, si riunisce settimanalmente b) il Joint Consultative Forum (JCM), di dialogo tra Governo e Donatori, si riunisce bimestralmente, c) il Central Joint Steering Committee (CJSC), massimo organo decisionale, si riunisce trimestralmente e l’Annual Review Meeting del settore (ARM) che si riunisce annualmente. Inoltre, l’organo di coordinamento fra Donatori è l’Health Population and Nutrition Donor Group (HPN Donor Group), che si riunisce mensilmente.

La Componente 2 è articolata come da tabella seguente:

COMPONENTE 2	1° tranche	2° tranche	Totale
2a Ufficio Sanitario Regionale Oromia per il rafforzamento dei Servizi sanitari di base	500,000	650,000	1,150,000
- Sviluppo delle risorse umane	0	250,000	250,000
- Farmaci ed attrezzature sanitarie di base	450,000	350,000	800,000
- Altre attività per il rafforzamento dei Servizi sanitari di base	50,000	50,000	100,000
2a Ufficio Sanitario Regionale Tigray per il rafforzamento dei Servizi sanitari di base	1,250,000	1,100,000	2,350,000
- Sviluppo delle risorse umane	500,000	650,000	1,150,000
- Farmaci ed attrezzature sanitarie di base	600,000	300,000	900,000
- Altre attività per il rafforzamento dei Servizi sanitari di base	150,000	150,000	300,000
Sub-totale Componente 2	1.750.000	1.750.000	3.500.000

Il lavoro di identificazione delle regioni d'intervento e delle priorità operative si è svolto attraverso visite di terreno e consultazioni tra esperti della Cooperazione Italiana ed Autorità competenti del Ministero della Sanità a livello centrale e regionale. Ciò ha permesso di identificare le aree prioritarie di intervento e i relativi importi di finanziamento necessari, come indicato nella precedente tabella.

In entrambe le regioni la macroarea prioritaria è costituita dal "Rafforzamento dei Servizi sanitari di base" ed in particolare l'area dello sviluppo delle risorse umane, ivi compreso lo sviluppo delle capacità del personale sanitario nel campo della salute materno-infantile e della "presa di decisione gestionale" basata sull'evidenza (HMIS), e, per quanto riguarda il settore delle "health commodities", la fornitura di attrezzature sanitarie di base e farmaci per i centri di salute recentemente costruiti nell'ambito dell'attività dell'HSDP denominata "Health Extension Programme", ivi compreso lo sviluppo delle capacità del personale nella gestione dei relativi Fondi rotativi. Maggiori dettagli circa le attività della Componente 2 saranno determinati attraverso i Piani Operativi che saranno sviluppati da ciascuna delle regioni beneficiarie, col supporto degli esperti della Cooperazione Italiana, entro 30 giorni dall'erogazione della prima tranche, come previsto nell'Accordo e nel PID.

L'importo della Componente 2, che ammonta ad Euro 3.500.000, sarà erogato in due tranche da Euro 1.750.000.

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

COMPONENTE 3	1° tranche	2° tranche	Totale
Fondo esperti	600,000	600,000	1,200,000
Fondo in loco	300,000	300,000	600,000
Sub-totale Componente 3	900.000	900.000	1.800.000

Fondo esperti

Il documento di formulazione prevede una consistente componente di assistenza tecnica italiana al fine di offrire la massima assistenza alla realizzazione delle componenti concordate in ambito HSDP.

In continuità con iniziative “Contributo italiano allo sviluppo del settore sanitario – HSDP” e “Contributo italiano al PBS II” gli esperti forniranno assistenza tecnica al Ministero della Sanità nelle sue articolazioni federale, regionale e distrettuale per il rafforzamento dei sistemi sanitari (HMIS, HRD ecc.), parteciperanno al monitoraggio tecnico e finanziario del PBS II attraverso i relativi organi di governo (JCCC, JCM ecc.) e realizzeranno pertinenti studi, ricerche operative, pubblicazioni e workshop di disseminazione dei risultati.

Risulta dunque fondamentale assicurare che la partecipazione finanziari ai fondi comuni sia opportunamente affiancata da alcune attività di assistenza tecnica specifiche finanziate sul canale bilaterale: dati gli ottimi risultati fin qui ottenuti dalle varie assistenze tecniche mirate, è opportuno continuare tale supporto in aree e con modalità da concordare con le controparti etiopiche. In particolare, si potrebbe configurare un’assistenza tecnica di alto profilo che sia focalizzata, all’interno delle macro-aree di sviluppo di sistemi, in 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*” ed, in generale, la promozione di aree di eccellenza e di pratiche innovative da replicare in altre aree e 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 100 mesi/uomo di assistenza tecnica al costo medio mensile di €12.000.

Prevalentemente attraverso brevi missioni:

- Capo programma (IE) presso la *Technical Assistance and Monitoring Unit* (TAMU) 12 mesi x 2 anni
- Amministratore contabile presso la TAMU 12 mesi x 2 anni
- Esperto in monitoraggio e coordinamento presso TAMU e UTL. 12 mesi x 2 anni
- Esperti tematici 28 mesi/uomo (brevi missioni)(Sistemi informativi sanitari, Risorse umane ecc.) presso il Ministero della Sanità e le Regioni per le attività di “capacity building”.

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 nonché presso partner, organizzazioni internazionali ed ONG operanti nel settore sanitario. Al fine di ottimizzare i costi e sviluppare sinergie positive, la TAMU condividerà uffici, attrezzature e veicoli delle iniziative italiane già in atto “Contributo italiano allo sviluppo del settore sanitario – HSDP” e “Contributo italiano al PBS II”.

Il budget del Fondo in loco di €600.000 è stimato per due anni

Il budget del Fondo in loco è così articolato:

VOCI (IN EURO)	1° anno	2° anno	TOTALE
1 ATTREZZATURE (ACQUISTI)	15.000	15.000	30.000
2 FONDI DI GESTIONE	175.000	195.000	370.000
3 ATTIVITÀ DI PROGRAMMA	80.000	120.000	200.000
TOTALE	270.000	330.000	600.000

In maggior dettaglio:

VOCI (IN EURO)	1° TRANCHE	2° TRANCHE	TOTALE
1 ATTREZZATURE (ACQUISTI)	15.000	15.000	30.000
1.1 Arredi ed attrezzature da ufficio	15.000	15.000	30.000
2 FONDI DI GESTIONE	175.000	195.000	370.000
2.1 Canoni affitto locali	50.000	50.000	100.000
2.2 Utenze e tasse	12.500	12.500	25.000
2.3 Cancelleria e stampati	7.500	7.500	15.000
2.4 Trasferimenti e trasporti	27.000	28.000	55.000
2.5 Assicurazioni	5.000	4.500	9.500
2.6 Manutenzioni	5.000	10.000	15.000
2.7 Personale locale	30.000	40.000	70.000
2.8 Spese generali	38.000	42.500	80.500
3 ATTIVITÀ DI PROGRAMMA	80.000	120.000	200.000
3.1 Ricerche operative, studi e seminari	70.000	100.000	170.000
3.2 Divulgazione risultati	10.000	20.000	30.000
TOTALE	270.000	330.000	600.000

6. FATTORI DI SOSTENIBILITA'

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 SWAP¹⁵ 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 FMOH 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 carenti specialmente a causa della mancanza di risorse umane qualificate (il rapporto operatore sanitario: popolazione è di 30:100.000, uno dei più bassi al mondo), di attrezzature e di fondi ad esso destinati.

I Programmi di sviluppo (sanità, educazione in particolare) per sopperire a tali carenze, sono configurati in modo tale da vincolare sia il Governo che il gruppo 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 materiali di consumo 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 ragion 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 al miglioramento delle condizioni igieniche ambientali, con particolare riferimento alle latrine ed alla eliminazione dei rifiuti, aspetto che presenta condizioni più o meno drammatiche in tutto il Paese.

6.4 Problematiche legate alla questione di genere e alla pari opportunità

A livello governativo vi è un preciso obbligo a favorire l'ammissione femminile alle scuole sanitarie regionali (operatori sanitari junior e senior) rispetto agli uomini; il rapporto stabilito

¹⁵ Sector wide approach

dovrebbe essere di 3:1 per le donne; inoltre vi è un criterio di selezione che facilita l'ingresso di personale femminile: votazione finale di "secondary school" richiesta per i maschi è 2,8, per le donne 2,6.

6.5 Sostenibilità economica e finanziaria

Il Governo etiopico è il principale ente finanziatore del settore sanitario e il contributo italiano all'HSDP provvede fondi addizionali per l'assistenza tecnica per un periodo limite, di modo da contribuire al raggiungimento dell'obiettivo specifico.

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'FMoH 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'FMoH ed i Partner per lo sviluppo, secondo "International Health Partnership" sono in uno stato avanzato di sviluppo e sono sempre obbligatori in Etiopia.

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 SWAP¹⁶ implicano per di più la pianificazione e il finanziamento congiunto nonché sistemi di monitoraggio e valutazione congiunta dal FMoH 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 la Componente 2 (Canale 2), potranno essere organizzate dal MAE/DGCS attraverso l'UTL e TAMU e dal FMoH / PPF-DG / 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 richiede ed asseconda della richiesta di una delle parti, si possono effettuare delle valutazioni esterne.

8. CONCLUSIONI

L'iniziativa "Contributo Italiano al Programma di Sviluppo del Settore Sanitario (HSDP 2)" rappresenta una componente principale che entrerà a fare parte nel programma nazionale quinquennale (HSDP IV) del Paese in ambito sanitario.

Risponde tempestivamente agli impegni politici presi dall'Italia in ambito internazionale e in ambito locale, nonché è stato concepito che, per quanto riguarda il contributo al MDG fund sia in linea con i principi di armonizzazione e allineamento e per quanto riguarda i servizi sanitari a livello locale faccia sì che essi possano acquisire al meglio le adeguate risorse per poter svolgere al meglio

¹⁶ Sector Wide Approach

il loro lavoro e contribuire in tal modo al raggiungimento degli Obiettivi del Millennio per la componente salute.

Il finanziamento appare congruo e dimensionato alle necessità del Paese.

Si esprime pertanto parere favorevole al finanziamento di € 8.200.000,00 suddiviso secondo le seguenti componenti:

	COMPONENTI	1^ annoe	2^ anno	Totale	Canale	
1	Contributo all'MDG Fund	2.900.000	0	2.900.000	1b	2.900.000
2	2a. Contributo all'Oromia HB	500.000	650.000	1.150.000	2	3.500.000
	2b. Contributo al Tigray HB	1.250.000	1.100.000	2.350.000		
3	Fondo esperti per Assistenza tecnica	600.000	600.000	1.200.000	3	1.800.000
	Fondo in loco	300.000	300.000	600.000		
	TOTALE	5,550,000	2.650.000	8,200,000		

L'esperto UTC
Dott. Vincenzo Racalbutto

Visto

Il Funzionario Preposto all'UTC
Min. Pierfrancesco Zazo

9. ALLEGATO 1 ToR Consulenti

Termini di riferimento del CAPO-PROGRAMMA

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, assieme all'Esperto in monitoraggio, 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, assieme all'Esperto in monitoraggio, 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 ed 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.
 - Partecipare alla stesura dei piani operativi annuali preparati dall'ufficio del RHB.
- Svolgere le attività di gestione e monitoraggio delle attività relative alla Componente 3, del Programma ed in particolare:
 - Preparare i 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 amministratore 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.

1.5. Termini di riferimento Esperto Amministrativo

Qualifica: scuola di ragioneria, laurea in economia

Esperienza qualificata

Lingua inglese

L'esperto dovrà:

- curare tutti gli aspetti amministrativi del programma in tutti i suoi aspetti ed essere di supporto al capo programma per favorire - in sinergia con la UTL - il coordinamento e l'integrazione delle diverse attività del Programma;

- collaborare con le controparti nelle funzioni di approvvigionamento di beni e servizi previsti dal programma; inoltre dovrà provvedere all'acquisto diretto di beni e spese generali previsti nella componente a gestione diretta (Fondo in loco);
- fornire la necessaria assistenza tecnica alle Istituzioni locali nel campo dell'amministrazione dei finanziamenti all'HSDP a livello centrale e regionale;
- collaborare con il capo programma e le Autorità locali nella pianificazione ed organizzazione delle attività di programma, con particolare riferimento agli aspetti amministrativi;
- collaborare, per gli aspetti di sua competenza, alla predisposizione dei Piani Operativi, dei Rapporti semestrali e dei Rendiconti finanziari (Fondo in loco).

1.6. Termini di riferimento Esperto in Monitoraggio e Coordinamento in Ambito Sanitario

Qualifica: multidisciplinare

Esperienza qualificata

Lingua inglese

Funzioni da svolgere:

- Partecipare, assieme al Capo Programma, 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, assieme al Capo Programma, al forum di coordinamento tra Partner allo sviluppo (*Health Population and Nutrition Donors' Group*).
- Partecipare alle attività di monitoraggio congiunto dell'*MDG Fund* con MOH e Partner allo sviluppo sottoscrittori del Fondo secondo quanto stabilito nel "*Joint Financing Arrangement*".
- Contribuire al coordinamento tra donatori del settore sanitario ai processi di armonizzazione nell'ambito IHP.
- Partecipare alle attività del Fondo Globale AIDS, tubercolosi e malaria nel Paese. Fornire assistenza tecnica per la realizzazione dei programmi finanziati dall'Italia, effettuare il relativo monitoraggio, valorizzare il contributo finanziario italiano al FG.
- Rappresentare la cooperazione italiana nei differenti Fora ed ai comitati di donatori/governo/società civile su tematiche sanitarie (incluse AIDS, tubercolosi, malaria ed altre emergenze sanitarie).
- Mantenere e sviluppare le sinergie con le ONG italiane operanti in Etiopia in ambito sanitario.
- Assicurare supporto tecnico all'UTL in relazione al settore sanitario in generale ed assicurare il corretto flusso di informazioni tra UTL e DGCS a livello centrale.

T.o.R ESPERTO IN SISTEMI INFORMATIVI SANITARI

Qualifica: medico di sanità pubblica/epidemiologo

Esperienza qualificata

Lingua inglese

Durata complessiva dell'incarico: 18 mesi/persona

Figura professionale richiesta: Esperto in sistemi informativi sanitari e sanità pubblica.

Funzioni da svolgere: Consulente tecnico del Team responsabile del Sistema informativo sanitario (HMIS) nell'ambito del Dipartimento di Pianificazione e Programmazione (PPD) del Ministero della Sanità Federale (MOH). L'esperto dovrà:

- assistere il PPD nel processo di integrazione nell'HMIS delle informazioni e nella selezione degli indicatori pertinenti alla definizione di un quadro generale del Programma di sviluppo settoriale (HSDP) al fine di migliorare la qualità ed elaborazione dei dati e l'utilizzo delle informazioni a livello decisionale;
- assistere il PPD nella gestione dell'HMIS compresa la revisione e/o il perfezionamento di procedure e strumenti per la raccolta, la trasmissione, la diffusione dei dati;
- assistere i Bureaux di Sanità Regionale (RHB) nell'adozione del sistema e nell'elaborazione di profili sanitari zionali e distrettuali;
- assistere il MOH nell'elaborazione di un progetto formativo per la realizzazione di corsi, seminari e laboratori di attività attinenti all'HMIS;
- collaborare allo sviluppo di manuali e linee guida per l'utilizzo del sistema da adottare sia nei corsi di formazione che come moduli da includere nei curricula di formazione di base;
- collaborare nella definizione dei principi e delle strategie di informatizzazione dell'HMIS e nella loro realizzazione;
- partecipare all'individuazione, realizzazione e analisi di ricerche operative nell'ambito dell'HMIS;
- partecipare alle attività di monitoraggio e valutazione dell'HMIS a livello periferico;
- collaborare con il capo progetto e il PPD nell'elaborazione dei piani operativi semestrali;
- fornire assistenza tecnica al PPD per quanto riguarda: la pianificazione, il coordinamento, la direzione e l'esecuzione delle attività dell'HMIS;
- l'elaborazione di un "Rapporto statistico annuale" perfezionandone progressivamente il contenuto e promuovendone la diffusione;
- l'elaborazione di relazioni semestrali relative allo stato di avanzamento dell'HMIS da sottoporre al Direttore del PPD e al capo progetto;

10. Markers efficacia

	Critero di <i>aid effectiveness</i>	Si	No	Motivazione da fornire in caso di risposta negativa	Descrizione da fornire in caso di risposta positiva	Punti di merito attribuiti dal NVT
1	<p>L'assistenza tecnica per la realizzazione dell'intervento di cooperazione dovrà essere fornita a) nella misura strettamente necessaria, b) con modalità concordate con il PVS e coordinate con gli altri donatori e c) coinvolgendo il più ampiamente possibile consulenti locali.</p> <p>Se l'intervento ha una componente di assistenza tecnica superiore a €100. 000 (fondo esperti + fondo in loco):</p> <p>a) E' prevista la stipula di uno specifico accordo con le autorità locali che stabilisca le modalità di fornitura di AT nonché il monitoraggio e la valutazione periodica congiunta di tale componente?</p> <p>b) I costi per i consulenti locali (singoli o società) sono superiori al 50% dei costi dell'intera componente?</p>	XX			Circa il 60% degli esperti sono dedicati ad attività congiunta e monitoraggio congiunto con altri donatori	Max 20 punti
2	<p>L'intervento di cooperazione dovrà prevedere il pieno coinvolgimento del paese partner nel processo di affidamento dei contratti e non deve sovraccaricare le controparti locali di oneri amministrativi quando questi non siano legati al rafforzamento delle capacità locali.</p> <p>Per affidare i contratti per opere e/o forniture e/o servizi previsti dall'intervento:</p> <p>a) La stazione appaltante è un organo del paese partner?</p> <p>b) In caso di risposta negativa alla precedente domanda, il paese partner è coinvolto nella selezione dei contraenti?</p> <p>c) La procedura è regolata dalla legge del paese partner?</p> <p>d) In caso di risposta negativa alla precedente domanda, la normativa di riferimento è già conosciuta ed utilizzata dal paese partner?</p>	xxx			Si tratta di iniziativa allineata per circa l'80%	Max 20 punti
3	<p>Per la gestione e il controllo finanziario dell'intervento dovranno essere privilegiate le procedure ed i sistemi di controllo finanziario del PVS.</p> <p>Per erogare e gestire i fondi con cui l'intervento sarà finanziato:</p> <p>a) Si utilizzano le procedure di gestione, reporting ed auditing pubbliche del paese partner?</p> <p>b) In caso di risposta negativa, la loro inadeguatezza è stata valutata congiuntamente ai partner europei e secondo strumenti diagnostici condivisi?</p> <p>c) Sempre in caso di mancato utilizzo dei sistemi di gestione finanziaria locale a causa della loro inadeguatezza, sono previste azioni volte al loro rafforzamento?</p>	xxx		.	Tutto da un accordo multi donatori e bilaterale	Max 20 punti
4	<p>Per la esecuzione dell'intervento dovrà essere privilegiato l'utilizzo delle strutture e delle risorse umane locali.</p> <p>a) Per la costituzione della <i>Project Implementation UNIT – PIU</i> ci si avvale delle strutture amministrative del Paese Partner?</p> <p>b) In caso contrario, per la costituzione della <i>Parallel Project Implementation Unit – PPIU</i> è previsto quanto segue?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accordo con le controparti locali sui ToR del personale dell'Unità e, in particolare, del personale italiano inviato in lunga missione; • Affiancamento del responsabile italiano della PPIU con un funzionario dell'istituzione locale; • La più ampia utilizzazione possibile di personale locale qualificato; • Commissioni di gara e di collaudo che includano membri designati dalle controparti • Utilizzazione di professionisti locali per le Direzioni lavori • Forme di retribuzione e di incentivazione per il personale assunto nel paese partner che non distorcano il mercato del lavoro locale; • Approvazione da parte delle istituzioni locali competenti degli elaborati progettuali e dei capitolati, prima del loro utilizzo; • Adozione di tecniche di reporting e di contabilità che siano il più possibili compatibili con quelle del paese partner • Apposite attività per il rafforzamento delle capacità dell'istituzione di controparte • Una exit strategy per far rilevare alle parti locali i progetti, al termine delle attività. 	xxx	xxx	La Monitor Unit fornisce At su richiesta della controparte, coerente con linee guida dedicate a questo riguardo	Il 78 % del bilancio è gestito dalla controparte.	Max 20 punti
5	I fondi da destinare all'intervento sono erogati sulla base di un accordo multi-donatori (<i>programme based aid</i>) con un budget unitario?	xxx			Per il 36% budget unitario	Max 10 punti
6	<p>La valutazione dell'intervento dovrà essere svolta congiuntamente con il PVS e con altri eventuali donatori.</p> <p>a) L'intervento sarà valutato (anche) nell'ambito d'intese sui risultati attraverso metodi, tempi e strutture del paese partner?</p> <p>b) Tale valutazione è prevista nei termini indicati dall'OCSE/DAC a proposito della <i>Joint Evaluation</i>, stanziando a tale scopo adeguate risorse finanziarie?</p> <p>c) Si prevede la valutazione congiunta con altri donatori?</p>	XX			Anche questo è previsto dall'accordo	Max 10 punti
	Punteggio complessivo (La soglia minima per la sottoposizione al Comitato Direzionale è di 65/100)					
7	In stati fragili e in situazioni post-conflitto si dovrà dare massimo rilievo ad un'accurata analisi del conflitto; l'intervento dovrà, inoltre, prevedere come gestire					

	<p align="center">Criterio di <i>aid effectiveness</i></p>	Si	No	Motivazione da fornire in caso di risposta negativa	Descrizione da fornire in caso di risposta positiva	Punti di merito attribuiti dal NVT
	<p>il passaggio alla fase di sviluppo.</p> <p>Per Stati fragili o in situazioni post-conflitto:</p> <p>a) Si prevede un'analisi della crisi con gli altri donatori?</p> <p>b) Sono coinvolti nell'analisi vari soggetti (parti in conflitto, autorità locali, società civile)?</p> <p>c) E' previsto il passaggio senza interruzioni finanziarie da programmi d'emergenza a programmi di sviluppo?</p>					

Punteggio complessivo nel caso di Stati fragili/di situazioni post-conflitto

La soglia minima per la sottoposizione al Comitato Direzionale è di 65/100 almeno con la lettera B e con una delle due risposte affermativa relativa al passaggio senza interruzioni dall'emergenza allo sviluppo.