

## ETIOPIA

### Contributo Italiano al Programma di Sviluppo del Settore Sanitario AID 9459



Ospedale di Zway - Oromia

**PROGETTO AID 9459:  
CONTRIBUTO ITALIANO  
AL PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL SETTORE SANITARIO (HSDP)  
IN OROMIA E TIGRAY (ETIOPIA) 2010-2012**

**SINTESI DELLA VALUTAZIONE**

Il progetto AID 9459 “Contributo Italiano al programma di sviluppo sanitario (HSDP) 2010-2012”, finanziato dal Governo italiano tramite la Direzione Generale della Cooperazione allo Sviluppo del Ministero Affari Esteri (MAECI/DGCS), è un contributo a dono al Fondo multi-donatori *Millennium Development Goals Fund* (MDGF) e all’ *Health Sector Development Programme IV* (HSDP IV), per un importo di € 8,200,000.00. Il progetto ha come finalità il rafforzamento del sistema sanitario di base nelle aree rurali dell’Oromia e del Tigray in Etiopia, con il raggiungimento di tre obiettivi sanitari del *Millennium Development Goal* (MDG) 2015:

- G4: riduzione di 2/3 della mortalità infantile;
- G5: riduzione di 3/4 della mortalità materna;
- G6: inversione dell’incidenza di mortalità per HiV/Malaria/Tb,

In accordo con il piano sanitario governativo, il progetto ha contribuito al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione materno-infantile, attraverso: i) la formazione professionale del personale sanitario, ii) l’approvvigionamento ed equipaggiamento dei centri sanitari e iii) l’assistenza tecnica per la rendicontazione statistico-informatica dell’ *Health Management Information System* (HMIS) del Ministero della Sanità (FMoH).

Avviato nel Marzo 2010, il progetto si è concluso nel Settembre 2014.

Il servizio di valutazione indipendente *ex-post* del progetto AID 9459 è stato affidato dalla DGCS, tramite procedura concorsuale, alla CESECO INTERNATIONAL srl, con contratto siglato nel settembre 2015.

Il rapporto di valutazione è stato redatto dai Medici Dr. Gianluca de Vito e Dr. Carlo Vittorio Resti.

Si ringraziano per la collaborazione l’Ufficio IX-DGCS-MAECI, l’Ambasciata d’Italia e l’Ufficio dell’Agenzia Italiana per la Cooperazione (AICS) di Addis Abeba nello svolgimento della missione di valutazione in Oromia e Tigray, unitamente agli omologhi locali del FMoH e Uffici regionali (RHB) e agli Esperti espatriati e consulenti locali dell’Ufficio *Technical Assistance and Monitoring Unit* (Tamu).

**INDICE**

1. Introduzione	pag. 2
2. Obiettivi generali e specifici, Indicatori e Risultati attesi	2
3. Le Attività di Progetto	3
4. Il Rapporto di Valutazione	4
5. Le Attività di Valutazione	4
6. L’Analisi del Progetto	9
7. Lezioni apprese e Raccomandazioni	12

## 1. Introduzione

I MDGs 2015 sono tutt'ora una priorità del Ministero della Sanità Etiope (FMoH) tramite anche il sostegno di Istituzioni internazionali sia sul canale multilaterale che bilaterale. Sin dall'avvio del *Health Sector Development Programme* (HSDP) nel 1998, il Governo Italiano è stato in prima linea nel sostenere l'Etiopia nel migliorare il sistema sanitario rurale e in particolare a beneficio materno-infantile nel raggiungimento dei tre specifici obiettivi sanitari del MDG 2015: i) G4: riduzione di 2/3 della mortalità infantile; ii) G5: riduzione di -3/4 della mortalità materna e iii) G6: inversione d'incidenza mortale per HiV/Malaria/Tubercolosi (Tb).

Dopo l'accordo bilaterale intergovernativo siglato ad Addis Abeba il 10/11/2010, il progetto Aid 9459, con un budget a dono di € 8,2 milioni, ha sostenuto dal 18/03/2011 al 16/09/2014 il *Millennium Development Goal Fund* (MDGF) in accordo con il HSDP IV<sup>1</sup> nelle Regioni etiopiche dell' Oromia e del Tigray.

Il contributo era suddiviso in tre Componenti, come indicato nella sottostante tabella:

**Tabella Riepilogativa delle Componenti**

<b>Componente C1</b>		<b>€ 2.900.000,00</b>	<b>Contributo al MDGF (FMoH)</b>
<b>Componente C2</b>		<b>€ 3.500.000,00</b>	<b>Contributo al HSDP IV (FMoH)</b>
<b>C2a</b>	€ 1.150.000,00		<i>Oromia Health Bureau (OHB)</i>
<b>C2b</b>	€ 2.350.000,00		<i>Tigray Health Bureau (THB)</i>
<b>Componente C3</b>		<b>€ 1.800.000,00</b>	<b>Fondi in loco gestiti dall'Ambasciata Italiana</b>
	€ 1.200.000,00		<i>Fondo Esperti (FGE)</i>
	€ 600.000,00		<i>Fondo Gestione in Loco (FGL)</i>
<b>Totale</b>		<b>€ 8.200.000,00</b>	

Le tre componenti sono state utilizzate per il potenziamento della rete sanitaria di base rurale a beneficio del settore materno infantile in Oromia e in Tigray, con la formazione, approvvigionamenti e assistenza tecnica all'*Health Management Information System* (HMIS), in linea con obiettivi, indicatori e risultati attesi del Quadro Logico di Aid 9459.

## 2. Obiettivi generali e specifici, Indicatori e Risultati attesi

L'Obiettivo generale del progetto: migliorare lo stato di salute della popolazione etiope in linea con i MDG sanitari (G4, G5 e G6).

L'Obiettivo specifico: incrementare e migliorare la qualità dei servizi di promozione, prevenzione e cura della salute, attraverso il rafforzamento della capacità di generare ed usare l'informazione, contribuendo allo sviluppo delle risorse umane e migliorando la qualità dei servizi sanitari di base.

<sup>1</sup> [http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country\\_docs/Ethiopia/ethiopia\\_hsdp\\_iv\\_final\\_draft\\_2010\\_-2015.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Ethiopia/ethiopia_hsdp_iv_final_draft_2010_-2015.pdf)

Gli Indicatori:

- Frequenza annua dei Servizi ambulatoriali pro capite: Valore base (Vb)=0,3;
- Percentuale di Distretti e di Centri Sanitari con bacini d'utenza aggiornati;
- Proporzione di istituzioni sanitarie con personale secondo standard.

I Risultati attesi (RA):

1. Il FMOH ha sufficienti risorse finanziarie per realizzare l'HSDP;
2. Abilità di generare e usare informazioni a tutti i livelli migliorata;
3. Decisori e Partner per lo Sviluppo meglio informati attraverso *Annual Performance Report (APR)* e Bollettini;
4. Tempestività e completezza dei rapporti sanitari di routine migliorati;
5. Rapporto personale sanitario per categoria incrementato;
6. Proporzione strutture sanitarie con personale secondo le norme incrementato;
7. Accesso qualità e uso dei servizi materno-infantili aumentati;
8. Accesso qualità e uso dei servizi preventivi aumentati;
9. Accesso qualità e uso dei servizi curativi aumentati.

Indicatori per il RA 1:

- Erogazione dei fondi avvenuta secondo i piani;
- Esperti Italiani membri degli organi di governo.

Indicatori per i RA 2, 3 e 4:

- Percentuale di rapporti tempestivi e completi;
- Pubblicazione regolare degli APR e Bollettini FMOH.

Indicatori per RA 5 e 6:

- Ratio Personale/Popolazione, Vb: 1 M.D./36.158 ab; 1 Infermiere/3.870 ab; 1 *Health Extension Worker (HEW)*/2544 ab.

Indicatori per RA 7, 8 e 9:

- Percentuale di parti assistiti da personale qualificato (Vb = 10%);
- Copertura vaccinale per Morbillo (Vb = 77%);
- Percentuale di abitazioni con almeno una zanzariera impregnata di insetticida (Vb = 66%);
- Percentuale di successo dei trattamenti Tb (Vb = 84%);
- N° di persone viventi con Hiv/Aids in trattamento anti-retro-virali (Vb = 152.472).

**3. Attività del progetto**

Per potenziare la rete sanitaria rurale nelle due Regioni con il raggiungimento degli obiettivi G4/G5/G6, il progetto ha sostenuto con C2 (rendicontata a consuntivo) e C1 (non rendicontata) le seguenti attività, monitorate con C3 (rendicontata a consuntivo).

In Oromia, la C2a è stata utilizzata per le seguenti voci di spesa:

- A) Sviluppo delle Risorse Umane;
- B) Monitoraggio del Sistema Info-Statistico;
- C) Approvvigionamenti ed equipaggiamento;
- D) Altri servizi sanitari;
- E) HQ HMIS-OHB.

In Tigray, la C2b è stata utilizzata per le seguenti voci di spesa:

- F) Sviluppo Risorse Umane;
- G) Beni e Servizi;
- H) Altri servizi sanitari.

#### 4. Il Rapporto di Valutazione

Il rapporto di valutazione, qui in sintesi, è articolato, seguendo le Linee Guide della DGCS, in 5 parti:

Parte “A”- Inquadramento e contesto: contiene un breve inquadramento socio-sanitario dell’Etiopia con riferimento alle politiche del FMOH nel raggiungimento dei tre obiettivi sanitari del Millennium G4/G5/G6 (MDG 2015) durante l’implementazione del HSDP, diviso in quattro fasi, in un arco ventennale dal 1998 al 2015.

Parte “B” - Il Progetto: descrive la formulazione e gli accordi bilaterali sottoscritti; analizza l’articolazione del progetto e gli importi allocati per le varie Componenti di budget ed elenca Obiettivi, Indicatori e Risultati attesi del Quadro logico (QL).

Parte “C” - La Valutazione: riporta la valutazione del progetto, partendo dalle attività realizzate, descrivendo le visite effettuate nelle due Regioni di Oromia e Tigray e segnalandone le criticità. Esamina, sulla base delle interviste, le percentuali di risultato rispetto agli indicatori degli obiettivi e dei risultati attesi del QL.

Parte “D” - L’Analisi del Progetto: analizza singolarmente i 5 criteri OECD/DAC: Rilevanza, Efficienza Efficacia, Impatto e Sostenibilità del progetto sulla scorta dell’analisi effettuata e con l’interpretazione dei questionari.

Parte “E” - Le Lezioni apprese e Raccomandazioni: elenca le lezioni apprese dall’esame del progetto, dai riscontri in campo e dalle interviste di valutazione, traducendole in raccomandazione da attuarsi per l’implementazione di progetti sanitari simili futuri.

#### 5. Le Attività di Valutazione

Il Team medico di valutazione ha svolto l’azione di valutazione in 4 fasi, secondo le indicazioni dei Termini di Riferimento sia a Roma che in Etiopia con l’assistenza di un esperto locale. Queste, nell’ordine, sono state:

- Fase 0 - Desk Analysis: dal Novembre 2015 al Febbraio 2016, sono stati svolti, presso gli Uffici della DGCS e dell'Agencia Italiana di Cooperazione allo Sviluppo (AICS), una serie di incontri informativi-valutativi con il medico Responsabile del *Technical Assistance Monitoring Unit* (Tamu) e con i funzionari che seguivano il progetto, nonché esaminato l'incartamento documentale.
- Fase 1 ad Addis Abeba, dal 29/02 al 02/03 e dal 10 al 12/03/2016, il Team Medico ha svolto 20 incontri direttivi info-valutativi, con 12 differenti interlocutori locali nelle seguenti sedi:
  - MDGF, Dipartimento del Farmaco (PFSAC) e Tamu (C1);
  - Oromia Health Bureau (OHB), ABH-*University Services* (per C2a) e Tamu (C2a e C2b);
  - Tamu e sede AICS in Addis Abeba (C3).
- Fase 2 - Oromia, dal 29/02 al 02/03 e dal 2 al 9/3 del 2016, per C1 e C2a, con un percorso di 1.350 km in auto via AA, Adama, Bokogj, Asela, Sahashamane, Ziway, Woliso, Ambo, AA, il Team di valutazione, assistito da personale locale, ha visitato 23 siti sanitari effettuando 27 incontri tecnico-valutativi.
- Fase 3 – Tigray, dal 29/02 al 02/03, per C1 e C2b, con percorso in auto di 820 km via Mekelle-Axum-Adigrat-Mekelle, il Team di valutazione, assistito da personale locale, ha visitato 18 siti sanitari effettuando 36 incontri tecnico-valutativi

In dettaglio i siti sanitari regionali visitati sono indicati nella sottostante tabella riepilogativa:

in Oromia	in Tigray
n. 3 <i>Health Zones Bureau</i> (HZB): Adana, Asela & Wolisso	n. 1 HZB/WoHO: Gantafeshum
n. 3 Università (Univ/HScC): Ambo, Asela & Shashamane	n. 2 Univ/HScC: Axum & Mekelle
n. 2 Uffici/Corsi HMIS: Adama & Asela:	n. 1 T/RH: Mekelle
n. 2 Banche del Sangue (BB): Adana & Woliso	n. 4 PH: Adigrat, Axum, Mekelle & Wukro
n. 3 <i>Referral Hospitals</i> R/TH): Asela, Woliso, & Shashamane	n. 5 HC: Adwa, Agula, Mekelle & Zalanbessa
n. 4 <i>Primary Hospitals</i> (HP): Bokogj, Shashamane, Welenchiti & Ziway	n. 3 HP: Adwa, Gola & Solodda:
n. 4 <i>Health Centers</i> (HC): Dole, Neghele, Welenchiti & Wolisso	
n. 2 <i>Health Posts</i> (HP): Wolisso Rural Zones	

In totale sono stati visitati n. 48 siti sanitari intervistando n. 83 Direttori e Operatori Sanitari con distribuzione di n. 98 questionari a quattro categorie di *stakeholders*, per verificare i benefici sanitari regionali ottenuti dallo HSDP IV, con il contributo del progetto.

In conformità all'APR/EFY/2004-2007 e all'UNDP *Report*/2011-2014, i sistemi sanitari regionali hanno ottenuto significativi risultati a beneficio materno infantile, migliorando la qualità e l'accessibilità dei servizi sanitari rurali alla popolazione dell'Oromia e del Tigray, rispetto agli *standard* di avvio del HSDP nel 1998. I risultati misurabili con gli indicatori del quadro logico (Vb) sono riportati nella seguente tabella:

<b>Tabella riassuntiva di valutazione degli indicatori</b>	
<b>Indicatori di progetto</b>	<b>Note</b>
1. Frequenza annua dei Servizi ambulatoriali pro capite (Vb = <b>0,3%</b> )	Nazionale <b>0,48 %</b> ; Oromia <b>0,37%</b> ; Tigray <b>0,87</b> (APR/EFY/2007)
2. Percentuale di Distretti e di Centri Sanitari con <i>Catchment areas</i> e popolazioni di riferimento aggiornate	<i>Target e Performance</i> ottenute (APRs/EFYs/2004-07): n. 1 Health Post (HP) x 5000 persone; n.1 H. Centre (HC) x 25.000 persone; Negli Ospedali il target di n. 1 Primary Hospital x 100.000 ab., risulta triplo rispetto a agli standard previsti (HHRI/EFY/2008)
3. Proporzione di istituzioni sanitarie con personale secondo standard.	Idonei gli organici negli HP (HEWs), migliorati negli HC, limite di personale nei PH.

Fonte: APR/EFY: *Annual Performance Report/Ethiopian Fiscal Year*

### Valutazione dei Risultati attesi (RA)

#### 1. Il FMOH ha sufficienti risorse finanziarie per realizzare HSDP:

Il budget sanitario annuo 2011 (HNA), con un incremento del 138% dal 2004, ammonta a 26,5 miliardi ETB (1,2 miliardi Usd) permettendo il raggiungimento dei MDG 2015 G4/G5/G6. Esso è composto per il 50% da aiuti internazionali, di cui 1,3% italiani. Nonostante questo forte supporto, la spesa pro capite sanitaria annua di 16,1 Usd si colloca ancora sotto gli standard medi dell'OMS per l'Africa Sub-sahariana. Ciò nonostante il piano sanitario rurale dell'Etiopia viene preso a modello nel MDG Report 2015, per l'efficienza dimostrata nel raggiungimento degli obiettivi ad un costo molto contenuto.

#### 2. Abilità di generare e usare informazioni a tutti i livelli migliorata:

Puntuale è stata la registrazione dei dati statistico-epidemiologici nel HMIS, dal livello periferico a quello federale, per la ripartizione del budget sanitario in base alle priorità emerse, con l'assistenza di Tamu.

#### 3. Decisori e Partner per lo Sviluppo meglio informati attraverso APR e Bollettini:

La pubblicazione di *Semi Annual Report (SAR)*, di APR e di Bollettini è stata puntuale e dettagliata, fornendo informazioni strategiche sulle priorità sanitarie regionali, articolata nei *Mid-Term Review (MTR)*, nei *Joint Review Missions (JRM)*, *Health & Health Related Indicators (HHRI)* e negli *Annual Review Meetings (ARM)*, con periodico monitoraggio Tamu, e un'attività di confronto tra Decisori e Partner adeguata e collaborativa.

4. Tempestività e completezza dei rapporti sanitari di routine migliorati:

A conclusione di HSDP IV e dei MDG 2015 è stato pubblicato lo *Special Bulletin 17° Annual Review Meeting*, l'APR/EFY/07 e l'*Health & Health Related Indicators* (H&HRI EFY/08), che danno conto dei risultati raggiunti.

5. Rapporto personale sanitario per categoria incrementato:

Professione	Oromia		Tigray		National		H&HRI/EFY/08
	EFY/07 n°	n°x 10,000 persone	EFY/07 n°	n°x 10,000 persone	EFY/07 n°		n°x 10,000 persone
Funzionario Sanitario.	1,805	<b>0,54</b>	620	<b>1,23</b>	6,933		<b>0,77</b>
Ostetrica	3,324	<b>1,00</b>	647	<b>1,24</b>	7,922		<b>0,88</b>
Infermiere	13,679	<b>4,6</b>	3,797	<b>7.5</b>	44,418		<b>4,93</b>

6. Proporzione strutture sanitarie con personale secondo le norme incrementato:

In generale sono ancora limitati gli organici nei PH, con servizi ospedalieri specialistici incrementati. Tuttavia nel giugno 2016 è stato diplomato, (con il contributo C2), un consistente numero di professionisti in Oromia e Tigray, non inseriti nell'APR/EFY/07.

7. Accesso, qualità e uso dei servizi materno-infantili aumentati: APR/EFY/07

- L'ambulatorio pre-natale (ANC) con 1 sola visita ostetrica ha una media nazionale di *performance* del **97%**;
- L'ambulatorio pre-natale (ANC) con 4 visite di controllo ostetriche ha una media nazionale di *performance* del **68%**;
- I parti assistiti da personale esperto (SBA) raggiungono la media nazionale di *performance* del **61%**;
- L'ambulatorio pediatrico (PNC) registra una media nazionale di *performance* dell'**84%**;
- Emergenza h/24 ospedaliera ostetrico-chirurgica con trasporto gratuito in Ambulanza da HC.

8. Accesso, qualità e uso dei servizi preventivi aumentati: APR/EFY/07

- La vaccinazione contro il Morbillo ha raggiunto il **90,3%** della popolazione infantile;
- Simili sono le medie nazionali per le restanti vaccinazioni;
- I servizi di pianificazione familiare e di contraccezione hanno raggiunto il **70%** di accettazione da parte della popolazione femminile fertile;
- L'85% della popolazione utilizza zanzariere impregnate (LLIN) distribuite gratis da HSDP.

9. Accesso, qualità e uso dei servizi curativi aumentati: HHRI/EFY08

L'accesso ai servizi curativi implementato negli HP, HC e PH. Con una rete sanitaria di base composta da:

- 336 Ospedali: *Teaching* (TH), *General* (GH) e *Primary* (PH), di cui 147 in costruzione, con 189 nuovi PH con IESO per l'urgenza chirurgica h/24, bacino d'utenza media nazionale di 476.593, non in linea con i *target* assegnati;
- 3.547 HC attrezzati per l'ANC e al parto eutocico, con trasferimento h/24 materno infantile gratuito nei PH. Il bacino d'utenza medio di questi è di 25.395 abitanti;
- 16.447 HP periferici, con liceità al parto eutocico. Il bacino d'utenza di questi è di 5.477 abitanti.

### Valutazione degli Indicatori dei RA

#### Indicatori del RA 1:

- Erogazione dei fondi avvenuta secondo i piani;
- Esperti Italiani membri degli organi di governo.

La regolare erogazione di C1 e C2 ha permesso l'inserimento dei 2 medici esperti Tamu negli organi di governo di HSDP IV a livello di OHB e THB, come anche di un referente (medico-esperto Tamu) nel *Country Coordination Mechanism* (CCM) del MDGF.

#### Indicatori dei RA 2, 3 e 4:

- Percentuale di Rapporti tempestivi e completi;
- Pubblicazione regolare degli APR e Bollettini FMOH.

La percentuale raggiunta del 100% è documentata dalla regolare periodica pubblicazione e analisi di APR e Bollettini ed altri rapporti sanitari, relazionata a meeting istituzionali. La gestione dei dati sanitari ha garantito l'adeguamento statistico-epidemiologico richiesto ai PvS dai *donors* internazionali.

#### Indicatori dei RA 5 e 6:

- Ratio Personale/Popolazione per categoria, Vb: **1 MD/36.158 ab; 1 Infermiere/3.870 ab; 1 HEW/2544 ab.**

Ruoli prof.	Vb QL	V. EFY 2007	SI	%	Note
<b>MD</b>	1x36.158 ab	<b>1 x 17.160 ab.</b>	X	147	Il trend in crescita 1/10.000
<b>Infermiere</b>	1x3.870 ab	<b>1 x 1.993 ab.</b>	X	150	Trend in crescita
<b>HEW</b>	1x2.544 ab	<b>1 x 2.000 ab</b>	X	125	Standard adeguati.

HHRI/EFY08

#### Indicatori dei RA 7, 8 e 9:

- percentuale di parti assistiti da personale qualificato (Vb = 10%): il parto assistito da personale qualificato in struttura protetta, (*Skilled Birth Attendance* - SBA) nel 2015 ha raggiunto il **60,7%**. (APR/EFY/07);
- Copertura vaccinale per Morbillo (Vb = 77%): il Valore di *performance* medio nazionale del **90,3%** (APR/EFY/07);

- Percentuale di abitazioni con almeno una zanzariera impregnata d'insetticida (Vb = 66%): i dati documentano la distribuzione di circa 76 milioni di zanzariere impregnate (LLINs) ai residenti in aree endemiche, per un valore dell' **85%** di copertura dei nuclei familiari esposti;
- % di successo dei trattamenti Tb (Vb = 84%): il Valore di *performance* medio nazionale di successo terapeutico anti-Tb raggiunge il **92%**, APR/EFY/07;
- N° di persone viventi con Hiv/Aids in trattamento anti-retro-virali (Vb = 152.472): dal 2002 i casi sono passati da 473.772 a 871.334. Il numero di pazienti viventi con diagnosi conclamata in trattamento con ART è di **375.811**, con una prevalenza Hiv dell' 1,1%, con lo 0,03% d'incidenza nel 2014 a livello nazionale. (APR/EFY/2007).

La valutazione prioritaria di G4, documentata dall'avvio dell' HSDP nel 1998, ha registrato una mortalità infantile ridottasi di 2/3 durante l'HSDP IV ed in linea con i MDG 2015.

La Valutazione dell'obiettivo generale conferma il miglioramento generale delle condizioni di salute della popolazione etiopica, rappresentato dall'aumento della vita media della popolazione da 45 aa. nel 1990, agli attuali 64 anni e 65 anni per le donne in media (World Bank/2011 - UNDP/2015).

## 6. L'analisi del progetto

L'analisi e la valutazione del progetto è stata strutturata in base ai n. 5 criteri OECD/DAC (Rilevanza, Efficienza, Efficacia, Impatto e Sostenibilità) ed è completata dall'analisi della sua esecuzione. L'analisi ha approfondito le informazioni raccolte dalla documentazione del progetto Aid 9459, con i sopralluoghi ai siti sanitari in loco, integrando interviste e questionari.

**Rilevanza:** il progetto Aid 9459 è stato rilevante nel perseguire le politiche governative etiopi di sviluppo sanitario rurale di base nel raggiungimento degli obiettivi G4, G5 e G6. A conclusione di HSDP IV e dei MDG nel 2015 (EFY/07), si ritengono raggiunti i risultati sanitari attesi da Aid 9459, pubblicati dal FMOH (HMIS) e accreditati a livello internazionale. Tuttavia, nonostante l'impegno e le risorse internazionali a dono, l'Etiopia resta ancora un paese a basso sviluppo umano nell'*Human Development Indicator* (HDI 2014/UNDP), confermando prioritari gli obiettivi del progetto di aver contribuito a migliorare le condizioni di salute della popolazione in ambiente rurale. Rilevante è la rete di protezione sanitaria della gravidanza in ambiente rurale, con la riduzione della mortalità materno-infantile e dei parti domiciliari. Allo stesso tempo la pianificazione familiare e la contraccezione (CAR) sono un innovativo strumento di controllo demografico e di contrasto a matrimoni e a parti minorili, accettate entrambe a livello comunitario per la numerosa presenza delle *Women Development Group*

(WDG). Di rilevanza è l'adeguato incremento di giovani professioniste (HEW) negli HP periferici nel coinvolgere le comunità isolate al welfare rurale.

**Efficienza:** il 50% del HNA, quale contributo internazionale a dono nel realizzare HSDP IV per il raggiungimento di G4/G5/G6 dei MDG 2015, è un efficiente risultato di credibilità governativa. La potenziata rete sanitaria rurale con:

- a) bacini d'utenza idonei negli HP e negli HC (non però raggiunti a livello ospedaliero per i numerosi PH ancora in costruzione nel 2015);
- b) il trasporto in ambulanza gratuito dagli HC ai PH di riferimento, con guardia chirurgica-ostetrica h/24;
- c) la prevenzione pre-natale, vaccinale e la contraccezione (CAR) di contrasto a matrimoni e gravidanze minorili e alla natalità vulnerabile;
- d) l'efficienza professionale e specialistica ostetrica;

è da ritenersi un'efficiente e complesso risultato di politica sanitaria nel contesto rurale, "a basso costo", elogiata nel Report finale dei MDG 2015.

**Efficacia:** la forte riduzione della mortalità infantile sotto i 5 anni d'età (U5MR), dai 217 morti ogni 1000 nascite del 1997 agli 80 decessi al termine del HSDP IV, in linea cioè con la media di 75 decessi degli altri Paesi sub-sahariani, conferma l'efficacia dell'azione del progetto con il raggiungimento di G4 (APR/EFY/07). Parimenti la mortalità materna (MMR) si è ridotta nel 2011 a 676 casi ogni 100,000 nascite, dai 990 decessi del 1990 (APR/EFY/04). Resta, però, da segnalare che nessun dato aggiornato è stato pubblicato nell'ultimo APR/07 per l'obiettivo G5 che rimane tuttora *in progress*. In ogni caso la partecipazione materna infantile ai servizi pre e post natali della rete rurale, conferma un'azione preventiva e curativa efficace, caratterizzata dalle alte *performances* (APR/EFY/07 - HHRI/EFY/08). L'incremento degli organici sanitari della accresciuta rete sanitaria rurale, con bacini d'utenza ridisegnati adeguatamente - tranne quelli ospedalieri - ha migliorato l'accesso e la fruibilità comunitaria, raddoppiando quasi le prestazioni ambulatoriali pro capite (0,48% rispetto al Vb 03%). Durante HSDP IV, per rispondere ai bisogni sanitari rurali, efficace è stato l'aumento del numero degli HP periferici (16,447) e degli HC (3,586) attrezzati, come anche l'operatività dei 234 ospedali nazionali a cui saranno da aggiungersi i 147 nuovi PH ancora in ultimazione (HHRI/FY/08). Inoltre l'organizzazione dell'urgenza ostetrico-chirurgica ospedaliera permette di trattare con efficacia l'11% dei parti, prima del progetto drammaticamente esclusi da cure accessibili e adeguate. La gestione dei dati statistici sanitari (HMSI) ha permesso al FMOH di programmare meglio la spesa sanitaria, accreditandosi a livello internazionale, quale nazione scientificamente responsabile, tendente alla modernizzazione. Un dato fra tutti conferma l'efficacia dell'azione socio-sanitaria svolta, rappresentato dall'aspettativa di vita media della popolazione salita a 64 anni per gli uomini e per le donne a 65 anni.

**Impatto:** durante HSDP IV la partecipazione comunitaria ai servizi curativi e preventivi pre e post natali, ha avuto un impatto di genere massiccio sulle politiche materno infantili governative, implementando il numero delle WDG a livello territoriale, quale espressione della società civile a protezione dell'evento nascita per raggiungere gli obiettivi G4 e G5. Impatto ancora *in progress* per G6, seppur la maggior parte della popolazione sia stata coinvolta nella prevenzione, così come, nelle cure, un gran numero di pazienti vulnerabili con HiV/Aids e Tb, in precedenza totalmente esclusi da qualsiasi assistenza sanitaria. I principi dei MDG con gratuità di trattamento inerente G4/G5/G6, infatti, hanno permesso di raggiungere alte *performances* ambulatoriali (APR/EFY/07), confermando un impatto di genere diffuso nel territorio rurale. Il coinvolgimento stesso della popolazione nei riguardi delle politiche familiari e della contraccezione, in antitesi spesso a pratiche tribali, documenta ampia consapevolezza di genere nel contrasto ai matrimoni e ai parti minorili, come anche del travaglio domiciliare. In generale il “quasi” raddoppio delle prestazioni ambulatoriali (OPD) erogate alla popolazione (0.48% pro capite), conferma il notevole impatto della strategia sanitaria rurale. La Gestione dei dati statistico-sanitari (HMIS) ha permesso pubblicazioni scientifiche accurate, accreditando l'HSDP, quale esempio riuscito di politica sanitaria rurale a costo contenuto, d'impatto a livello internazionale (MDG 2015 Report).

**Sostenibilità:** quando si considera la sostenibilità dal punto di vista di adeguate risorse (NHA) per realizzare un'azione sanitaria pubblica partecipata, si può affermare che HSDP IV, sostenuto in parte da Aid 9459, ha prodotto risultati quantitativamente e qualitativamente sostenibili in termine di raggiungimento di G4 e di miglioramento di G5 e di G6. A titolo d'esempio l'inquadramento tecnico-superiore del personale di sala operatoria h/24 nei PH territoriali, con l'inquadramento degli IESO per il trattamento dell'urgenza ospedaliera, si dimostra indispensabile nell'immediato, strutturandosi nel tempo. L'urgenza chirurgica-ostetrica, infatti, tratta in urgenza l'11% dei parti. Il suo corretto trattamento garantisce benefici clinici immediati, ma anche sociali alle famiglie coinvolte. La stessa ANC con un coinvolgimento di genere medio del 90%, ha permesso di programmare meglio le complicanze ostetriche attraverso una rete sanitaria piramidale strutturata. In ambito preventivo, la pianificazione familiare e la contraccezione (CAR) possono ritenersi sostenibili a medio termine, contribuendo a limitare entrambe la natalità minorile. In sintesi l'azione di HSDP è stata sostenibile per l'aumento della vita media raggiunto in Etiopia di 64 anni e di 65 per le donne (UNDP 2014). Nonostante l'esiguo costo sanitario pro-capite/medio (16,1 Usd), la strategia sanitaria di base dell'Etiopia può ritenersi un esempio *Low-Cost* concreto, elogiato dagli stessi donatori internazionali (MDG 2015 Report). Tuttavia ad oggi come già sottolineato, senza il contributo internazionale esterno (50% del NHA), il sistema sanitario di base in Etiopia non potrebbe funzionare. Tale dipendenza economica ha rimandato con l'assenso internazionale i correttivi alla scadenza dei *Sustainable Development*

*Goals* (SDG) 2030. Fra le misure sostenibili del nuovo *Health System Transformation Program* (HSTP) saranno introdotte le assicurazioni sanitarie collettive e la quota-parte dell'imposta VAT ad incrementare il budget sanitario nazionale.

## 7. Lezioni apprese e Raccomandazioni

### *Lezioni apprese*

LA 1 - Relazionali: la valutazione a volte genera iniziale diffidenza nella controparte governativa per il principio di *ownership* dell'aiuto. Nel caso specifico la percentuale C2 è stata distribuita in troppi centri di costo (A/B/C/D/E/F/G/H), senza possibilità di concentrare le limitate risorse ad unico settore prioritario. La C1 è da considerarsi un dovere contributivo istituzionale al MDGF, senza possibilità di valutazione.

LA 2: Edilizia e rete sanitaria di base (HP-HC-PH): l'adeguamento del personale agli standard previsti e gli approvvigionamenti sono ancora *in progress*, limitando l'accessibilità ai servizi alla popolazione, specie nel trauma, nelle malattie non trasmissibili ed in quelle evolutive e senili, senza alcuna esenzione.

Si è documentato il deterioramento precoce delle nuove costruzioni e degli impianti, senza adeguata manutenzione.

Nessuna protezione ambientale nell'eliminare i rifiuti comuni ed ospedalieri, bruciati in inceneritori esterni.

LA 3 - Equipaggiamento e attrezzature biomediche: le forniture biomediche dei PH sono di qualità scadente e senza i necessari contratti di manutenzione e/o riparazione. Questo limite condiziona l'operatività diagnostica. Nello specifico, il servizio eco-diagnostico documenta guasti frequenti. Tale presidio non invasivo e a basso-costò è essenziale nell'ANC e nell'urgenza ostetrica ospedaliera.

Per quanto riguarda le attrezzature Radiologiche a pellicola installate nei PH, oltre a produrre liquidi di sviluppo inquinanti dispersi nell'ambiente, spesso sono inutilizzate per mancanza di approvvigionamenti (pellicole e reagenti) e di manutenzione.

Molto insufficiente la protezione radiologica dei pazienti e degli stessi operatori.

LA 4 - Formazione professionale non medica:

- A) Eccessivo utilizzo dell'*up grading* "gratuito" al personale già in ruolo, posto in aspettativa retribuita trimestrale per i successivi 4/6 anni accademici. Questa metodica didattica non dovrebbe interferire con i servizi clinici essenziali, specie sostituendo operatori neo-diplomati al primo impiego. I neo-diplomati, oltretutto, non hanno goduto (durante HSDP IV) di alcuna agevolazione economica di studio, né tantomeno di certezze d'impiego programmato immediato.

Difficoltà di valutare la qualità dell'*upgrading*, come anche la formazione agli studenti, migliorabile con *training* pratico da parte degli operatori sanitari di ruolo in *turn over* a beneficio dei neo-assunti che dovrebbe precedere sempre l'*upgrading*.

- B) La gestione dell'urgenza ostetrica-chirurgica h/24 è stata uno degli obiettivi complessi di maggiore rilievo di HSDP IV. L'urgenza ostetrica rappresenta l'11% del numero totale di parti, quando non adeguatamente trattata, per ritardi, per limiti diagnostici (L2) e per tecnica operatoria insufficiente degli EISO (L3), impatta nel raggiungimento di G4 e di G5. A questa innovativa categoria tecnica-professionale (IESO) si dovrebbe dedicare particolare attenzione, per la responsabilità professionale assunta.
- C) L'*upgrading* arreca disservizio clinico, con impressione di privilegio anche per la gratuità del personale già in ruolo. Di contro nessuna agevolazione formativa è prevista per i giovani studenti.

### ***Raccomandazioni***

A conclusione della valutazione di Aid 9459 si formulano le seguenti Raccomandazioni (R) ritenute utili per il miglioramento di eventuali progetti e/o strategie sanitarie future in Etiopia:

R1 per le LA2 e LA3 Edilizia della rete sanitaria di base ed equipaggiamenti (HP-HC-PH):

- A) Individuare alcune strutture ospedaliere di livello intermedio (PH) da sostenere, dalla fase edile fino alla qualificazione tecnologica, con l'obiettivo di trasmettere prassi sostenibili, a basso costo nell'ammodernamento, nella gestione e nella manutenzione degli impianti, replicabili nella rete ospedaliera primaria.
- B) Proporre l'acquisto di apparecchiature elettromedicali solide e semplici, adatte all'ambiente e con un doveroso servizio di manutenzione incluso, orientando parte del contributo allo screening ecografico, diagnostico prenatale ed d'urgenza, con l'addestramento del personale all'indagine strumentale socialmente coinvolgente.
- C) Stimolare e sostenere con risorse specifiche la manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture, degli impianti, dell'equipaggiamento e dei veicoli di soccorso, com'è stato apprezzato in Aid 9459 (C, G e H).

R2 per LA4 – Formazione professionale non medica:

- A) Condividere il programma di *upgrading* regionale del personale in ruolo, rapportandolo al mantenimento dei servizi clinici essenziali, specie se in sostituzione a personale al primo impiego, consentendo il *turn-over*, soltanto dopo un periodo d'affiancamento e d'addestramento congiunto.

- B) Indirizzare il contributo formativo a un unico settore clinico-specialistico, ginecologico-ostetrico ad esempio. Un settore specialistico specifico potrebbe impegnare parte della C3 nella didattica, con la presenza di esperti-consulenti clinici espatriati in breve missione.
- C) Migliorare il controllo qualitativo d'insegnamento attraverso questionari e/o colloqui con gli specializzandi (*upgrading*) e con gli studenti ordinari, mediante la Tamu, che potrebbe avvalersi di clinici espatriati in breve missione, utilizzando quote della C3.
- D) Individuare ruoli professionali specifici e categorie essenziali da sostenere con percorsi addestrativi, ad esempio: il trattamento ospedaliero dell'urgenza ostetrica, dedicandosi alla metodologia operativa, dal trasferimento in ambulanza fino all'intervento chirurgico urgente. Ad esempio settorializzando l'intervento addestrativo agli IESO in servizio h/24 nei PH, per la responsabilità chirurgica del loro ruolo.

Roma, 22 dicembre 2016

Rev. 10/01/17