

BILANCIO 2014



eni



foundation



BILANCIO 2014

Indice

Lettera del Presidente

5

Relazione sulla gestione

6

Bilancio di esercizio 2014

26

Relazione del Collegio dei Revisori
sul bilancio dell'esercizio chiuso al 31.12.2014

32



Nel 2014 in Ghana, nei distretti costieri della Regione Occidentale (Jomoro, Ellembele e Ahanta West), è proseguita l'iniziativa avviata nel 2013 e finalizzata al rafforzamento del sistema dei servizi materno-infantili distrettuali, al miglioramento della gestione e offerta di servizi di prevenzione, assistenza ed emergenza oltre che a promuovere, tra le popolazioni rurali, la conoscenza e la consapevolezza riguardo alle migliori pratiche igienico-sanitarie.

Nel 2014 le attività si sono concentrate nelle aree meno servite dove sono stati costruiti e attrezzati due posti di salute di comunità, già operativi, e altrettanti sono stati avviati e sono in fase di completamento. È stato costruito un nuovo reparto di medicina prenatale ospedaliero che opera per far fronte alla forte domanda giornaliera di assistenza ed è stato consegnato un automezzo per attività di clinica mobile. Le azioni hanno previsto anche la realizzazione di 140 sessioni di informazione, comunicazione ed educazione alla salute nei villaggi e in 18 scuole primarie e secondarie.

Il 2014 ha visto anche concludersi con successo la prima iniziativa di Eni Foundation in Mozambico, avviata nel 2013 con l'intento di migliorare i servizi di emergenza ostetrica e neonatale nel distretto di Palma (provincia di Cabo Delgado), sostenendo le autorità sanitarie locali nella riduzione della mortalità neonatale, infantile e materna attraverso l'incremento della qualità e dell'accesso al sistema dei servizi di medicina materno-infantile. L'intervento ha realizzato un blocco operatorio e una casa de espera – residenza per donne in attesa del parto (già operativi), fornito equipaggiamenti per la radiologia, l'ecografia e per il laboratorio ed erogato 11 corsi di aggiornamento professionale per un totale di 174 operatori sanitari coinvolti in tutto il distretto.

Dopo le iniziative in Congo, Angola e Indonesia, prosegue l'impegno di Eni Foundation con azioni e risultati concreti, conseguiti insieme alle comunità e istituzioni locali, a tutela della salute dell'infanzia.

Claudio Descalzi



Relazione sulla gestione



Profilo di Eni Foundation

Costituita alla fine del 2006 con l'obiettivo di accrescere e migliorare la capacità di Eni di dare risposte coerenti ed efficaci alle aspettative della società civile, Eni Foundation si occupa dei principali problemi legati alla tutela dei diritti fondamentali della persona: sopravvivenza, sviluppo sociale, protezione, istruzione in particolare concentrando la propria azione sui bambini, i soggetti più fragili e indifesi. In linea con il patrimonio di valori che da sempre caratterizza l'operato di Eni, la missione di Eni Foundation è volta "a promuovere la tutela dei diritti dell'infanzia attraverso la realizzazione di iniziative di solidarietà sociale che ne favoriscano il pieno benessere e sviluppo".

Risorse umane

Per la sua operatività Eni Foundation si avvale di competenze e know-how di Eni, con cui ha definito un contratto di fornitura di servizi tecnici e il distacco di personale impegnato nell'esecuzione delle attività della Fondazione.

Modalità operative

Eni Foundation è una fondazione di impresa a carattere operativo, per raggiungere gli obiettivi assegnati adotta un approccio proattivo, incentrando la propria attività su iniziative progettate e realizzate in autonomia. Tutti gli interventi di Eni Foundation sono ispirati ai seguenti principi:

- analisi e comprensione del contesto di riferimento;
- comunicazione trasparente con gli stakeholder;
- visione e impegno di lungo termine;
- diffusione e condivisione di risultati e conoscenze.

Comitato Scientifico

Eni Foundation è dotata di un proprio Comitato Scientifico nominato dal Consiglio d'Amministrazione fra persone in possesso di una specifica e conclamata competenza scientifica nell'ambito delle materie d'interesse della Fondazione. Il Comitato svolge una funzione consultiva in merito ai programmi e ad ogni altra questione della Fondazione per la quale il Consiglio di Amministrazione ne richiama il parere.

Il Comitato Scientifico è composto da: Pier Carlo Muzzio, Manuel Castello, Alessandro Lesma.

Struttura organizzativa

La struttura di Eni Foundation è composta dai seguenti organi:

Consiglio di Amministrazione:

Presidente Claudio Descalzi

Vice Presidente Esecutivo Raffaella Leone

Consiglieri: Marco Alverà, Roberto Casula, Angelo Fanelli, Claudio Granata, Antonio Vella

Segretario Generale: Filippo Uberti

Collegio dei Revisori:

Presidente Francesco Schiavone Panni, Anna Gervasoni, Pier Paolo Sganga

Sintesi delle attività

In Ghana è proseguito il progetto per il rafforzamento dei servizi di medicina primaria infantile e materna in tre distretti costieri della Regione Occidentale. Nell'area risiedono circa 350.000 persone, prevalentemente in territori rurali e isolati, di cui oltre 80.000 sono bambini da 0 a 10 anni e circa 70.000 le donne in età fertile. Le attività sono volte a rinforzare l'offerta sanitaria e a migliorare le conoscenze della popolazione per promuovere maggiore consapevolezza e responsabilità sui temi della salute materno-infantile. Nel 2014 sono stati costruiti due posti di salute, un reparto di medicina prenatale ospedaliero e svolte attività di formazione per il personale sanitario e tecnico. Eni Foundation finanzia il progetto, è responsabile della sua gestione e collabora con 3 principali istituzioni locali: il Ministero della Salute del Ghana, l'Agenzia pubblica Ghana Health Service e il Christian Health Association of Ghana (CHAG).

In Mozambico si è conclusa la prima iniziativa di Eni Foundation in Mozambico, avviata nel 2013 con l'intento di migliorare i servizi di emergenza ostetrica e neonatale nel distretto di Palma (provincia di Cabo Delgado). L'intervento ha realizzato presso il Centro di Salute di Palma un blocco operatorio, una casa de espera (residenza per donne in attesa del parto) ed erogato corsi di aggiornamento professionale per il personale sanitario e tecnico del centro e del distretto.

Eni Foundation finanzia il progetto ed è responsabile della sua gestione. Le controparti locali sono rappresentate dal Ministero della Salute

(MISAU), dalla Direzione Provinciale della Sanità di Cabo Delgado (DPS), dalla Direzione dell'Ufficio distrettuale della Sanità (DHO) e dalla direzione del Centro di Salute di Palma. Il progetto ha ricevuto l'Alto Patronato del Gabinetto della First Lady del Mozambico.

L'attività principale della Fondazione si realizza attraverso iniziative a favore dell'infanzia e, nella sua specificità di fondazione di impresa, adotta i criteri di efficienza propri dell'ambito aziendale:

- pertinenza di obiettivi e contenuti;
- controllo gestionale;
- sostenibilità;
- misurabilità dei risultati attesi;
- replicabilità degli interventi.

Eni Foundation esprime il patrimonio di esperienze e know-how sviluppati dal Fondatore di Eni, Enrico Mattei, nei diversi contesti sociali e culturali del mondo. Nella convinzione che problemi complessi richiedano un approccio integrato, la Fondazione è aperta a collaborazioni e partnership, sia nelle fasi progettuali che di realizzazione, con altre organizzazioni (associazioni non governative, agenzie umanitarie, istituzioni e amministrazioni locali) di provata esperienza e capacità.

La salute dell'infanzia

Tra gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio delle Nazioni Unite un parametro fondamentale è rappresentato dalla **riduzione della mortalità infantile e di quella materna (MDG 4 e 5)**, per il quale venne fissata nel 1990 la riduzione di due terzi entro il 2015. L'indicatore ha fatto registrare un progresso complessivamente costante, soprattutto a partire dal 2000, ma con significative disparità tra aree geografiche. A livello globale, i decessi dei bambini di età inferiore ai 5 anni sono diminuiti di un terzo tra il 1990 e il 2009, passando da 12,4 a 8,1 milioni. L'80% del totale si concentra nell'Africa Sub-Sahariana, Asia meridionale e Oceania e circa la metà in soli cinque Paesi – India, Nigeria, Repubblica Democratica del Congo, Pakistan e Cina. I tassi più elevati sono costantemente registrati nell'Africa Sub-Sahariana, dove 1 bambino su 8 muore prima di compiere i 5 anni, un valore circa 20 volte superiore rispetto alla media delle regioni sviluppate (1 su 167).

Tra le cause principali di morte infantile figurano la malaria, le malattie diarroiche e quelle infettive, responsabili nell'Africa Sub-Sahariana di oltre la metà dei decessi.

La **malaria**, nonostante un declino dei nuovi casi e del relativo tasso di mortalità, è una delle patologie più diffuse al mondo: nel 2009, sono stati registrati 225 milioni di casi e 780 mila morti, per l'85% bambini africani sotto i 5 anni.

Tra le malattie infettive prevenibili con vaccino, il **morbilli** è responsabile di 164.000 decessi nel 2008, nonostante una marcata e generale diminuzione nei livelli di mortalità negli ultimi anni grazie al

miglioramento dei servizi di vaccinazione e, più in generale, nell'accesso della popolazione infantile ai servizi sanitari.

Il **rotavirus** rappresenta a livello globale la causa più comune di diarrea grave nell'infanzia e uccide ogni anno oltre 500 mila bambini, di cui la metà in Africa, soprattutto nella fascia di età 6-24 mesi. La vaccinazione su larga scala contro il rotavirus, associata ad altre misure (reidratazione salina, somministrazione di zinco) volte a rafforzarne l'efficacia, consentirebbe di ridurre significativamente i decessi per gastroenterite da rotavirus anche nei Paesi in via di sviluppo, in particolare in aree dove risulta difficile l'accesso all'assistenza sanitaria.

Occorre infine tener presente che tutte le patologie infantili sono aggravate dalla **malnutrizione**, globalmente corresponsabile di almeno un terzo dei decessi sotto i 5 anni, e da altre problematiche, come la carenza di vitamina A, che causa ritardi nella crescita, minore resistenza alle infezioni e problemi della vista.

All'interno del fenomeno della mortalità infantile, ha grande rilievo la quota dei **decessi neonatali**: su circa 135 milioni di bambini che nascono nel mondo ogni anno, quasi 3 milioni muoiono nella prima settimana di vita e un milione nelle successive tre. Tra i fattori principali, come per la mortalità materna, figurano uno stato di salute precario e specifiche patologie della madre non adeguatamente trattati durante la gravidanza, che possono provocare nascita prematura e gravi disabilità permanenti nel bambino.

Ghana



Dati del Paese

Popolazione (migliaia)	25.366
- sotto i 18 anni (migliaia)	11.423
- sotto i 5 anni (migliaia)	3.640
Speranza di vita alla nascita (anni)	61
Tasso di mortalità infantile (su 1.000 nati vivi)	
- 0-5 anni	72
- 0-12 mesi	49
- neo-natale	28
% nati sottopeso (2006-2010)	10,7
% bambini 0-5 anni sottopeso (moderato e grave 2006-2010)	13,4
% bambini 0-5 anni con ritardo nella crescita (moderato e grave 2003-2009)	22,7
Tasso di mortalità materna (su 100.000 nati vivi - 2008)	350
Rischio di mortalità materna nel corso della vita (2008)	1 su 68
Reddito nazionale lordo pro-capite (US \$)	1.550
Spesa per la sanità	
- come % del prodotto interno lordo (2010) fonte: WHO	4,8
- come % della spesa statale (2010) fonte: WHO	11,9

Fonte: UNICEF 2012

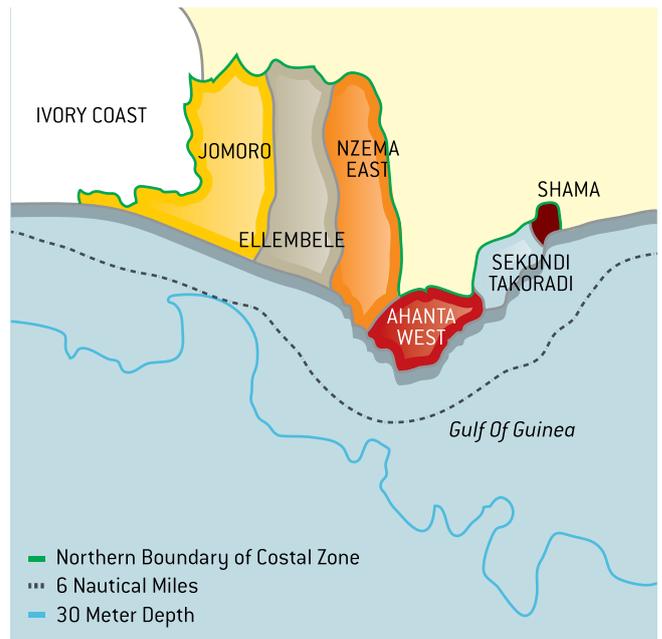
Progetto sanitario per il rafforzamento dei servizi di medicina primaria infantile e materna in tre distretti costieri della Regione Occidentale

Il Ghana con una popolazione di circa 24,9 milioni di abitanti è il Paese più popolato dell'Africa occidentale, dopo la Nigeria. Entro il 2020 la popolazione, secondo le stime, raggiungerà i 27 milioni. Il Ghana dispone di vaste risorse naturali che ne fanno il secondo esportatore mondiale di cacao e il nono di oro, cui si aggiungono petrolio, gas, legname, diamanti, bauxite e manganese che, insieme alle rimesse degli espatriati, costituiscono la fonte primaria di valuta pregiata. Gli organismi economici internazionali stimano che il Ghana crescerà a una media del 7,5% l'anno nei prossimi cinque anni, nonostante le incertezze che aleggiano sui mercati internazionali. L'economia del Ghana si è significativamente rafforzata nel corso degli ultimi 25 anni, durante i quali si è registrato un incremento della competitività commerciale e una riduzione dei livelli medi di povertà. Nel 2011 il PIL è aumentato di circa il 14% (grazie soprattutto alle attività dell'indotto della produzione petrolifera) anche se la stima per il 2012 è dell'8,2%. Con un reddito pro-capite stimato di \$1550/anno (UNICEF 2012), il Ghana è adesso incluso fra i Paesi di categoria lower middle-income ed entro il 2015 potrebbe raggiungere lo status

di Middle Income Country. Il severo deprezzamento della moneta locale alla fine del 2012 sta promettendo un certo riparo dall'inflazione che aveva toccato punte del 25%. Il numero delle persone che vivono sotto il livello di povertà si è dimezzato fra il 1996 e il 2006, anche se estese aree di povertà continuano a essere presenti nel Paese, specialmente nelle zone più periferiche e rurali rispetto ai centri urbani principali. Secondo l'ultimo rapporto UNICEF del 2012, il tasso di mortalità under 5 registrato è di 72 ogni mille nati e il tasso di mortalità materna 2012 di 350/100.000. Dati del 2011 indicano che circa l'87% delle donne in gravidanza effettua almeno le raccomandate 4 visite prenatali, e il 68% di esse ha la possibilità di partorire assistita da personale sanitario qualificato. L'accesso della popolazione a fonti di acqua potabile ha raggiunto livelli dell'80%, il che permette al Ghana di raggiungere l'Obiettivo del Millennio per quanto riguarda la disponibilità di acqua potabile.

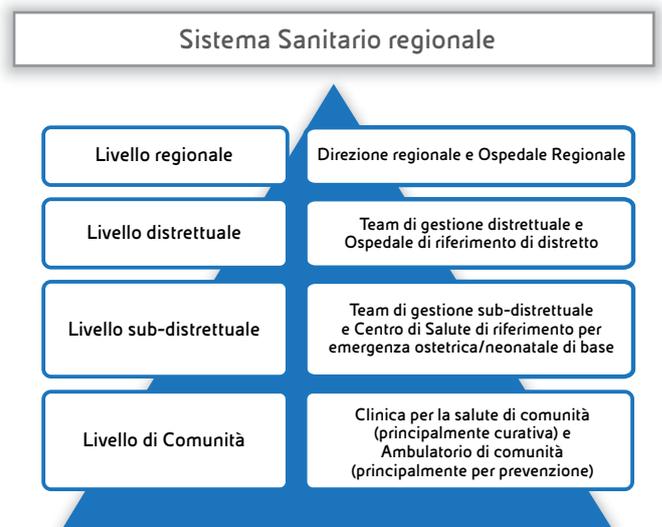
Aree di intervento

Le aree di intervento del progetto sono distribuite in tre distretti costieri della Regione Occidentale del Ghana: Jomoro, Ellembele, Ahanta West, dove risiedono circa 350.000 persone, distribuite prevalentemente in aree rurali e isolate, di cui oltre 80.000 sono bambini da 0 a 10 anni e circa 70.000 le donne in età fertile. A Sekondi-Takoradi, capoluogo regionale, sono previste attività di supporto alla direzione regionale di salute in termini di sviluppo delle capacità di programmazione e controllo dei propri programmi sul territorio. La Regione Occidentale è una delle zone più disagiate del Paese, sia dal punto di vista della conformazione fisica del territorio che da quello della diffusione dei servizi, compresi quelli sociosanitari. Dati del 2008 riportano che in tutta la Regione Occidentale vi è stata la presenza di soli 77 medici (1 ogni 33.000 abitanti) e 4 dentisti (1 ogni 638.000 abitanti). I tre distretti di Ahanta West, Ellembele e Jomoro, dove si svolge il progetto, registrano una popolazione residente di circa 350.000 persone (Ghana Health Service, 2009). Ahanta West è un distretto costiero situato nella parte più meridionale della Regione Occidentale a est rispetto al capoluogo Sekondi-Takoradi. Meno della metà (49%) della distribuzione territoriale del distretto si colloca entro una fascia di accessibilità da parte della popolazione alle strutture sanitarie stimata in circa 25 minuti. Questa fascia contiene il 77% degli insediamenti urbani e circa l'85% della popolazione del distretto. Circa il 7% degli insediamenti e il corrispondente 6% della popolazione risiede in aree che necessitano fino e oltre 1 ora per raggiungere la più vicina struttura sanitaria. Ellembele è uno dei 6 distretti costieri nella Regione. Solo il 30% della sua area si colloca entro la zona di accesso alle strutture sanitarie con tempi stimati entro i 25 minuti, anche se ospita la maggioranza della popolazione residente. Circa il 17% degli insediamenti urbani di Ellembele sono localizzati in zone a bassa accessibilità con tempi superiori ai 60 minuti. Anche il Distretto di Jomoro è un distretto costiero, e confina con la Costa d'Avorio. Circa il 30% del territorio si trova entro la fascia dei 25 minuti per il raggiungimento della più vicina struttura sanitaria da parte della popolazione residente, la quale per la maggior parte occupa questa fascia di territorio. Circa il 18% degli insediamenti si trova nella fascia dei 60 minuti e oltre, specialmente per quelle comunità che sorgono sulle sponde delle abbondanti lagune presenti e dove, specialmente durante la stagione delle piogge, l'accesso alle strutture è estremamente difficoltoso.



Obiettivi

Il progetto ha l'obiettivo di sostenere le Autorità Sanitarie Ghanesi nel perseguimento degli Obiettivi del Millennio relativi alla medicina materno-infantile (4 - ridurre la mortalità infantile e 5 - migliorare la salute materna). Si concentra su 3 distretti costieri della Regione Occidentale (circa 300 mila abitanti) e prevede di migliorare i servizi materni-infantili ai vari livelli del Sistema di Distretto (Jomoro, Ellembele e Ahanta West) e di Regione (Western Region).



Il Sistema Sanitario gestito dalla Agenzia Governativa Ghana Health Service è un sistema piramidale che prevede un livello di entrata in prossimità delle Comunità beneficiarie e, attraverso un Sistema di Riferimento, i pazienti non trattabili in loco sono riferiti ai livelli superiori (Centri di Salute e Ospedali di distretto) secondo la gravità del caso.

Il Progetto, programmato su 3 anni, ha l'obiettivo di intervenire ad ogni livello nella gestione e nella erogazione di servizi rivolti a madre e bambino in particolare con interventi mirati al miglioramento di:

- capacità mediche e gestionali del personale ai vari livelli;
- infrastrutture (compresi acqua/energia, equipaggiamenti, arredi medicali e trasporti urgenti);
- conoscenza igienico-sanitaria e dei comportamenti salubri delle Comunità beneficiarie.

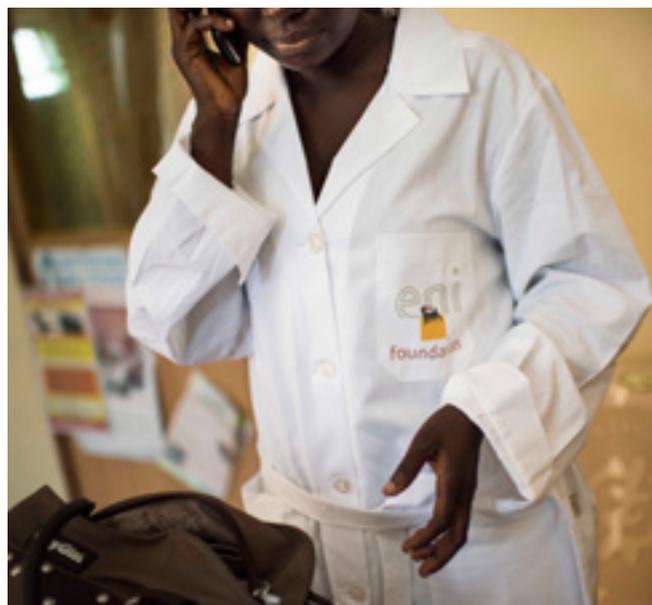
Inoltre, il progetto prevede la realizzazione delle seguenti attività:

Livello di Comunità

Estensione dei servizi sanitari di base in 8 aree meno servite, in linea con la strategia a livello comunitario, promossa dal Ministero della Salute, di pianificazione ed erogazione dei servizi sanitari di base con focus su materno-infantile e programmi estesi di vaccinazione e attività di Informazione, Educazione e Comunicazione.

Livello sub-distrettuale

Rafforzamento dei servizi di medicina materno-infantile, emergenza ostetrica e neonatale di base a livello di 10 Centri di Salute.



Livello distrettuale

Potenziamento dei servizi di riferimento materno infantili (ambulatoriale e degenza) e con particolare riferimento a quelli di emergenza relativamente all'assistenza comprensiva ostetrica e neonatale (anche chirurgica) a livello di 2 ospedali distrettuali.

Livello distrettuale/regionale

Rafforzamento delle capacità di gestione del Sistema Sanitario a Livello Western Region e Distrettuale (3 distretti) con particolare attenzione a:

- raccolta dati e sistemi informativi;
- pianificazione, reporting, monitoraggio e valutazione dei programmi sanitari in essere;
- formazione continua del personale medico, chirurgico, infermieristico, tecnico e amministrativo;
- supporto alla didattica delle scuole infermieri;
- supporto alla ricerca applicata.

Progressi del progetto

Il progetto propone un pacchetto di interventi volto a rinforzare l'offerta sanitaria nel suo insieme (in termini di availability, accessibility, acceptability e adaptability) e a migliorare le conoscenze della popolazione (behavioural change) al fine di promuovere una community awareness e ownership sui temi legati alla salute materno-infantile (Igiene, Malattie trasmissibili e Vaccinazioni, ecc.) e un diverso seeking care behaviour per contrastare l'eccesso di mortalità materno-infantile.

Livello di Comunità

A fronte della prevista estensione di Servizi di PHC in 8 aree precedentemente prive, sono stati costruiti, equipaggiati, forniti di acqua/elettricità e messi in funzione 2 CHPS compounds a Nyamebekiyere e Jaway Wharf.

Due nuovi CHPS a Fawoman e Sanzule sono attualmente in fase di costruzione e saranno terminati nella prima metà del 2015.

Cominceranno a dicembre anche i lavori di costruzione degli ultimi 4 CHPS Compound: New Ankasa, Tewakor II (Jomoro), Abudrim e Asomase (Ellembele).

Livello sub-distrettuale

Al fine di rinforzare i servizi di medicina materno-infantile e di emergenza ostetrica e neonatale di base sono stati avviati i lavori di ristrutturazione, l'equipaggiamento, la fornitura d'acqua ed elettrica di 10 Centri di Salute: New Town, Samaye, Tikobo, Ekabeku (Jomoro) e Aido Suazo, Aijinasi, Asasetre, Essiama e Nkroful (Ellembele), Agona Nkwanta (Ahanta West).

È in corso il processo di trasferimento per la donazione di 4 ambulanze che garantiranno l'accesso ai casi in emergenza dal territorio e di un battello ambulanza per il distretto di Jomoro, zona lagunare, dove spesso le vie terrestri sono di difficile accesso specie durante la stagione delle piogge. Tutte le ambulanze verranno consegnate ai partner di progetto entro dicembre 2014.

Livello distrettuale

Relativamente ai due Ospedali di riferimento, nel corso del 2014, il progetto ha realizzato presso l'ospedale di CHAG Saint Martin des Porres (Eikwe, Ellembele) il nuovo blocco prenatale dell'ospedale. La nuova ala è operativa da agosto ed eroga servizi prenatali e neonatali.

Nel corso del primo semestre 2014, i Servizi di Medicina Territoriale dell'Ospedale sono stati rafforzati attraverso il sostegno al Community Health Team in termini di equipaggiamenti, materiale IEC e di una vettura 4x4 per potenziare le attività di prevenzione e assistenza sanitaria nei villaggi poco serviti del territorio.

L'inizio dei lavori di costruzione/riabilitazione dell'Ospedale di Half Assini inizieranno a dicembre 2014. Si prevede la costruzione di una sala operatoria e il suo equipaggiamento con le attrezzature necessarie, la riabilitazione e l'espansione del blocco maternità e delle corsie di degenza.

Livello distrettuale/regionale

Per quel che riguarda il supporto istituzionale e il Capacity Building ai livelli di distretto e di regione è stato identificato un **programma formativo** specifico per lo staff dei vari livelli: Comunitario, Subdistrettuale, Distrettuale e Regionale (Management staff).

Un training needs assessment ha visto coinvolti 35 operatori sanita-



ri provenienti dai tre distretti di progetto e lo staff della ONG (Prolink) che implementerà le attività. Il workshop è stato la piattaforma dove sono stati analizzati i bisogni formativi e dove è stato formulato un piano di training condiviso per l'anno 2015.

Un **piano di sensibilizzazione** rispondente ai bisogni locali è altresì stato sviluppato durante lo stesso workshop. Anche in questo caso è stata fatta un'analisi dei bisogni come punto di partenza per la formulazione del piano 2015.

Per rinforzare le capacità di monitoraggio degli eventi sanitari e favorire una migliore programmazione e modulazione delle risorse, il progetto mira a supportare il miglioramento del **Health Management Information System** Regionale e Distrettuale nella sua efficacia ai vari livelli del sistema.

Risultati e impatti del progetto

Si ritiene importante sottolineare che per consentire di valutare l'impatto delle attività di progetto sulle abitudini e sullo stato di salute dei beneficiari, il progetto in accordo con l'ufficio regionale del Ghana Health Service ha condotto, attraverso la University of Cape Coast, un'indagine per definire i bisogni delle popolazioni residenti nell'area di progetto e gli indicatori di base.

Attività previste

Il progetto, in linea con le strategie del Ministero della Salute locale, mira a sostenere l'azione delle Autorità Sanitarie nel raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, in particolare il 4 e il 5, volti rispettivamente alla riduzione della mortalità infantile e al miglioramento della salute materna. Il progetto prevede la realizzazione delle seguenti attività:

- Estensione dei servizi sanitari di base nelle aree meno servite, in linea con la strategia di pianificazione e dei servizi sanitari a livello comunitario, promossa dal Ministero della Salute. Questa attività prevede la nuova costruzione di 8 Community-based Health Planning and Services, CHPS Compound (ambulatori rurali) equamente distribuiti nei distretti di Jomoro ed Ellembele, in sintonia con la strategia del locale Ministero della Salute. Dal 2000 infatti detto Ministero prevede di supportare ed espandere le attività sanitarie di primo livello in ambiente rurale tramite la diffusione di questo tipo di strutture sul territorio per favorire le attività porta a porta di prevenzione e cura. Tali CHPS saranno completamente equipaggiati secondo gli standard forniti dallo stesso Ministero della Salute ghanese e avranno in dotazione delle moto di tipo enduro per permettere gli spostamenti del personale verso le rispettive comunità. Sono previsti corsi di aggiornamento professionale per tutto il personale che prenderà servizio in queste nuove strutture, così come l'implementazione di attività comunitarie di Informazione, Educazione e Comunicazione. Saranno infine organizzati corsi professionali per le Traditional Birth Attendants (TBAs) per l'utilizzo delle risorse tradizionalmente presenti nelle comunità per l'identificazione delle gravidanze a rischio e per la diffusione della pratica del parto "pulito" (kit predisposto) e assistito. Gli stessi CHPS consentiranno altresì il rafforzamento della copertura vaccinale permettendo di presidiare il territorio rurale, l'aggiornamento professionale degli agenti sanitari e la fornitura di mezzi di trasporto utili al personale residente per coprire ampi territori.
- Rafforzamento dei servizi di medicina materno-infantili (prenatali, ostetrici, neonatali e pediatrici in genere) e di emergenza ostetrica e neonatale di base a livello intermedio (Centri di Salute). Nell'ambito del progetto è prevista la riabilitazione e/o upgrade di 10 Centri di Salute (1 in Ahanta West, 4 in Jomoro e 5 in Ellembele). Il Centro



di Salute in Agona Nkwanta (Ahanta West) e quello di Aidoo Suazo (Ellembele) potranno aumentare il numero e la qualità dei servizi erogati grazie alla realizzazione di una Accident & Emergency Unit (Agona) e di un Blocco Maternità (Aidoo).

Anche per il personale di questi Centri di Salute sono previsti corsi di aggiornamento professionale per il rafforzamento della qualità dei servizi erogati. Tutti i Centri di Salute avranno la possibilità di completare il loro equipaggiamento medico grazie alla fornitura delle attrezzature mancanti oppure non funzionanti. È inoltre prevista la fornitura di 4 ambulanze per garantire l'accesso ai casi in emergenza dal territorio e di un battello ambulanza per il distretto di Jomoro, zona lagunare, dove spesso le vie terrestri sono di difficile accesso specie durante la stagione delle piogge.

- Potenziamento dei servizi di degenza e di emergenza relativamente all'assistenza ostetrica e neonatale a livello degli ospedali distrettuali. Nell'ambito di questa attività si provvederà alla costruzione di una nuova sala operatoria presso l'Ospedale distrettuale di Half Assini (Jomoro), completa di tutte le attrezzature; si provvederà anche alla riabilitazione ed espansione del blocco maternità così come delle corsie di ricovero includendo il completamento delle attrezzature medicali ancora mancanti o non più operative. È prevista inoltre la costruzione di una nuova area prenatale presso l'Ospedale di S. Martin de Porres in Ellembele così come la fornitura completa delle attrezzature per la sala operatoria. L'Ospedale S. Martin de Porres fruirà anche della donazione di una vettura e del supporto per potenziare le attività di prevenzione e assistenza sanitaria nei villaggi poco serviti del territorio.
- Rafforzamento delle capacità di pianificazione, monitoraggio e valutazione e di formazione del personale medico, chirurgico, infermie-

ristico, tecnico e amministrativo a livello regionale e distrettuale. Saranno organizzati, anche con la partecipazione di istituzioni internazionali, corsi tesi alla riqualificazione del personale responsabile.

Le aree di interesse saranno: management sanitario; ricerca; ottenimento ed elaborazione dei dati sanitari ed epidemiologici; pianificazione, monitoraggio & valutazione, coinvolgendo sia il livello regionale che quello distrettuale. Le scuole di formazione infermieristica di Asante ed Essiama saranno fornite di attrezzature didattiche e multimediali. Gli uffici regionali Ghana Health Service saranno forniti di attrezzature informatiche per permettere l'ammodernamento della gestione dati. Per il monitoraggio del progetto e la valutazione del suo impatto locale, una AKAP baseline survey per la raccolta di indicatori sanitari di base selezionati, attitudini e usi della popolazione locale sarà svolta nelle aree in cui sorgeranno i CHPS compound di nuova costruzione. Al termine delle attività di progetto, sarà eseguita un'ulteriore survey competitiva.

Partner e ruoli

Eni Foudation finanzia il progetto ed è responsabile della sua gestione e collabora con 3 principali istituzioni locali:

- Il Ministero della Salute del Ghana, responsabile della formulazione delle Politiche Sanitarie e del controllo della loro applicazione, gioca un ruolo fondamentale nella Governance del Progetto e nell'avallo della strategia che sottintende all'iniziativa di Eni Foundation.
- l'Agenzia pubblica Ghana Health Service, che su incarico del suddetto Ministero, gestisce le strutture sanitarie pubbliche coinvolte provvedendo a personale, ai farmaci e ogni ulteriore necessità in termini ricorrenti e di supporto tecnico necessario.
- Il Christian Health Association of Ghana (CHAG), organizzazione non governativa che in virtù di un Accordo Ufficiale con il MoH integra l'azione GHS e che, attraverso il proprio Ospedale San Martin de Porres, rappresenta per l'iniziativa un cruciale centro di riferimento distrettuale e specialistico.
- Tra i partner scientifici del progetto, l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù fornirà supporto tecnico in materia di formazione del personale medico e infermieristico.

Durata e costi

Il progetto ha una durata di 3 anni. Il costo complessivo per l'esecuzione del progetto è stimato in 6,2 milioni di euro.

Attività svolte nel 2014

Approccio metodologico

Il progetto ha adottato un approccio multilivello che prevede attività simultanee a livello comunitario, sub-distrettuale, di distretto e distrettuale/regionale per rinforzare l'intera struttura dei servizi materno-infantili nelle aree rurali target di progetto.

Inoltre, è stato identificato un programma comprensivo di sviluppo dell'Assistenza Sanitaria di Base che mira a supportare il miglioramento dell'offerta sanitaria (providers) oltre che la richiesta di servizio (users).

Il programma include:

1. Potenziamento delle competenze e delle conoscenze dello staff sanitario attraverso corsi professionali specializzati.
2. Miglioramento delle strutture sanitarie a livello comunitario, sub distrettuale e di distretto attraverso la loro costruzione/ristrutturazione e la fornitura di attrezzature, acqua e corrente elettrica.
3. Programmi di Sensibilizzazione diretti alla popolazione bersaglio su fattori che influenzano l'utilizzo del servizio e su temi quali la prevenzione da malattie endemiche, igiene e nutrizione.

Attraverso tutte queste azioni congiunte il progetto intende sostenere miglioramenti nella Disponibilità, Accessibilità, Accettabilità e Adattabilità delle strutture sanitarie (per esempio accessibilità a strutture sanitarie in località remote o qualità del servizio offerto) e supportare fattori che influenzano l'utilizzo del servizio e outcomes di salute materno-infantile (per esempio fattori socioeconomico-culturali, attitudine alla ricerca di cure, ecc.).

Infine, nel riconoscere l'importanza della partecipazione, del coinvolgimento e dell'empowerment degli attori di progetto per la sua futura sostenibilità, il progetto ha, fin dalle sue fasi iniziali, lavorato in collaborazione stretta con i suoi partner e beneficiari: durante la fase di identificazione dei bisogni, durante la fase di elaborazione del progetto e in quella di implementazione.

In linea con tale approccio, il progetto ha preferito pertanto l'uso di risorse locali nei lavori di costruzione/riabilitazione oltre ad aver coinvolto le comunità beneficiarie e i partner nel processo di sviluppo e di implementazione del progetto (per esempio lasciando parte dei lavori di costruzione e attività IEC sotto la diretta responsabilità delle District Assemblies e con la supervisione di Eni Foundation).

Attività a livello comunitario

Il programma nazionale di Community-based Health Planning and Services (CHPS) è una strategia adottata dal Ministero della Salute del Ghana al fine di potenziare le lacune nell'accesso all'assistenza sanitaria. Una componente chiave della strategia CHPS è un servizio di assistenza erogato a livello comunitario che permetterà al Ghana Health Service (GHS) di ridurre le ineguaglianze in ambito sanitario e di fornire un servizio di assistenza sanitaria più equo attraverso la riduzione delle barriere geografiche.

Costruzioni

In linea con tale strategia Eni Foundation prevede la costruzione di 8 CHPS compound con l'obiettivo di supportare l'estensione dei servizi di salute comunitaria ad aree meno servite. Nel 2014 i primi 2 CHPS compound sono stati costruiti a Nyamebekyere (Ellembele) e Jaway Wharf (Jomoro).

I lavori di costruzione, sotto la diretta responsabilità delle due District Assemblies (DAs) e con la supervisione di Eni Foundation erano iniziati a novembre 2013 e si sono conclusi con l'equipaggiamento dei siti e la successiva apertura al pubblico in agosto 2014. Sempre sotto la responsabilità delle due District Assemblies sono iniziati anche i lavori ai siti di Sanzule (Ellembele) e Fawoman (Jomoro); i lavori si concluderanno nel secondo trimestre 2015.

Sono inoltre cominciati a dicembre 2014 anche i lavori di costruzione degli ultimi 4 CHPS compound sotto la direzione dell'OnG gha-

nese Prolink, nuovo implementing partner di progetto, selezionato mediante una procedura di gara locale, svolta con l'assistenza di Eni Ghana E&P Limited a: New Ankasa e Tweakor II in Jomoro e Adubrim and Asomase in Ellembele.

Tabella 1 - Siti Eni Foundation

District Assembly/NGO	CHPS compound
Ellembele	Nyamebekyere, Sanzule
Jomoro	Jaway Wharf, Fawoman
Prolink	Asomase, Adubrim, New Ankasa e Tweakor II

Eni Foundation monitora il work progress dei lavori di costruzione su base settimanale. Le supervisioni mirano ad assicurare che:

1. i lavori si svolgano in accordo alle specifiche tecniche;
2. gli standard HSE vengano rispettati;
3. ci sia corrispondenza tra i rapporti di work progress consegnati da parte dei contrattisti e le attività effettivamente svolte.

Nel corso del 2014, sono state effettuate 49 visite di supervisione.

Infine, in accordo con le 3 DAs è stata decisa l'istituzione di 3 Comitati di Sorveglianza al fine di monitorare congiuntamente i lavori di costruzione e riabilitazione. I Comitati di Sorveglianza sono composti da un team di Eni Foundation e da 5 membri nominati per ognuna delle DA. Attraverso un incontro mensile a cui parteciperanno anche l'NGO Prolink e le sue locali ditte di costruzione sub-contrattiste, il progetto garantisce che i lavori si svolgano secondo gli standard e nei tempi previsti assicurando allo stesso tempo che la metodologia generale di progetto sia implementata (partecipazione e ownership delle attività di progetto).

Servizi Erogati nei CHPS

I CHPS compound, una volta aperti, possono erogare servizi sanitari alla popolazione dell'area bersaglio. Le prestazioni offerte a Nyamebekyere e Jaway Wharf includono: Pianificazione Familiare, Assistenza Ambulatoriale, Vaccinazioni, Promozione della Salute, Ambulatori per la cura dei bambini, Visite a domicilio, attività di outreach postnatale, sessioni di informazione sanitaria nelle scuole e parti d'emergenza.

Il numero totale di servizi elargiti tra agosto e dicembre 2014 nei due CHPS compound suddetti è evidenziato nella seguente tabella:

Tabella 2 - Servizi elargiti ai CHPS di Jaway Wharf e Nyamekeyere

Jomoro + Ellembele	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Tot
totale per mese	795	776	717	506	542	3.336
totale per tipologia di servizio	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Tot
pianificazione familiare	45	68	130	40	58	341
assistenza clinica	483	448	400	316	335	1.982
bambini	163	162	111	118	134	688
promozione della salute/sessioni di salute infantile	18	14	11	13	13	69
visite domiciliari	78	72	63	18	1	232
visite post-natali sul territorio	3	9	0	0	0	12
parti in emergenza	3	1	0	0	0	4
salute scolastica	2	2	2	1	1	8
Totale	795	776	717	506	542	3.336

A fine 2014, un totale di 3.336 visite sono state effettuate nei due CHPS compound: 341 consultazioni per pianificazione familiare, 1.982 visite ambulatoriali, di cui 688 a bambini sotto i 5 anni, 69 sessioni di promozione sanitaria e cure ambulatoriali ai bambini, 232 visite a domicilio, 12 visite di outreach postnatale, 8 sessioni di informazione sanitaria nelle scuole e 4 parti d'emergenza.

Le tre più comuni condizioni cliniche trattate ai due CHPS compound nei mesi suddetti sono state: malaria, diarrea, vermi intestinali:

Tabella 3 - Assistenza Ambulatoriale ai CHPS di Jaway Wharf e Nyamebekyere

Servizi di assistenza clinica	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Tot
Malaria	-	-	204	149	228	733
Diarrea	-	-	17	14	38	94
Vermi intestinali	-	-	65	34	97	236
Reumatismi	-	-	34	36	27	115
Anemia	-	-	14	9	8	40
Infezioni orali	-	-	4	1	1	6
Altre condizioni orali	-	-	3	2	0	5
Perdite vaginali	-	-	1	1	0	2
Incidenti domestici	-	-	2	2	2	7
Infezioni respiratorie acute	-	-	72	77	116	319
Totale	0	0	416	325	517	1.557

Vaccinazioni

Il programma vaccinale nazionale punta a proteggere la popolazione attraverso la vaccinazione preventiva nell'infanzia. Il progetto ha monitorato i dati raccolti del Bacillus Calmette-Guérin (BCG) e di tre dosi del vaccino pentavalente (difterite, pertosse, tetano, influenza emofila B, epatite B) in quanto indicatori proxy usati dal GHS per misurare le performance dei CHPS compound.

Il target mensile dei bambini <1 da agosto a dicembre 2014 era di 190 bambini. Su questo denominatore la copertura è stata del 56,8% per il Penta 1, del 70,5% per il Penta 2, dell'82,1% per il Penta 3 e del 7% per la BCG. I risultati delle vaccinazioni sono presentati nella tabella qui di seguito:

Tabella 4 - Vaccinazioni presso gli ambulatori - risultati

Tot Jom/ Ellebele Antigene	Target	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Tot	CV%
Penta 1	190	29	25	16	13	25	108	56,842
Penta 2	190	40	36	24	13	21	134	70,526
Penta 3	190	42	36	35	25	18	156	82,105
BCG	190	13	3	31	0	0	47	24,737
Totale		124	100	106	51	64	445	

Nutrizione

Nei bambini sotto i 5 anni a cui è stata presa la misura della circonferenza del braccio, sono risultati moderatamente malnutriti in media il 6,9%: più precisamente il 10,8% a Jaway Wharf e il 6,4% a Nyamebekyere.

Information, Education and Communication (IE&C) - Sensibilizzazione

Le attività di Sensibilizzazione si sono svolte nelle aree CHPS di Nyamebekyere, Jaway Wharf, Sanzule e Fawoman con l'obiettivo di supportare un miglioramento nella salute della popolazione target aumentando la consapevolezza e la conoscenza su argomenti legati alla salute e incoraggiando così atteggiamenti sanitari corretti.

Argomenti discussi nel 2014 sono stati: Allattamento al seno, Svezzamento, Water and Sanitation, Igiene, Prevenzione dall'HIV, Pianificazione Familiare e prevenzione dalle malattie trasmissibili quali Ebola, Malaria, Colera, TB, Morbillo e Febbre Gialla.

Tabella 5 - IEC nei CHPS

Distretti	CHPS	Nr. villaggi nell'area		Nr. villaggi visitati				Tot	
		CHPS	Lug	Ago	Set	Ott	Nov		Dic
Ellebele	Nyamebekyere	8	3			8	8	8	27
Jomoro	Jaway Wharf	8			3		3		6
Ellebele	Sanzule	3						2	2
Jomoro	Fawoman	9						5	5
Visite totali nel semestre									40

Formazione

Lo staff dei CHPS oggetto di formazione include i funzionari di salute comunitaria (Community Health Officers - CHO), le infermiere comunitarie (Community Health Nurses - CHN) e i volontari comunitari (Community Health Volunteers - CHV). Un totale di 23 CHO/CHNs and 23 CHVs verranno formati tra Jomoro ed Ellebele secondo quanto in Tabella 6:

Tabella 6 - Staff CHPS oggetto di training

Distretto		CHO/CHN	CHV
Jomoro	New Ankasa	2	2
	Tweakor II	2	2
	Jaway Wharf	3	4
	Fawoman	3	3
	Effasu*	2	2
	Totale	12	13
Ellebele	Adubrim	2	2
	Asomase	2	2
	Nyamebekyere	2	2
	Sanzule	3	2
	Asanta*	2	2
	Totale	11	10
TOTALE GENERALE		23	23

*I CHPS di Effasu e Asanta sono stati inclusi nel training essendo staff di 2 CHPS compound costruiti da Eni Ghana.

Il personale sanitario dei CHPS di Jomoro ed Ellebele parteciperanno congiuntamente alle sessioni formative al fine di favorire lo scambio di informazioni ed esperienza e massimizzare i risultati della formazione. Le sessioni inizieranno in febbraio 2015 e termineranno in agosto 2015. Alla fine delle sessioni formative seguirà un periodo di on the job monitoring del personale al fine di consolidare le nuove conoscenze apprese.

Attività a livello sub-distrettuale

Eni Foundation, a livello sub-distrettuale (Centri Medici), punta al miglioramento dei servizi di salute materno-infantili (prenatale, neonatale e pediatrico) oltre che al potenziamento dei servizi base di emergenza ostetrica e neonatale. Al fine di contribuire al raggiungimento del suddetto risultato, nel 2014, sono state intraprese le seguenti attività:

Costruzioni

I lavori di costruzione e ristrutturazione sono iniziati in 2 dei 10 Centri Medici previsti dal progetto in dicembre 2014: Asasetre (Ellembele) e Agona Nkwanta (Ahanta West). Ad Asasetre, il centro medico verrà ristrutturato mentre ad Agona Nkwanta, oltre alla ristrutturazione, verrà anche costruito il Pronto Soccorso.

Formazione

Tutto lo staff dei 10 Centri Medici sarà oggetto di sessioni formative. In totale, 188 persone con diverse funzioni parteciperanno ai training: 54 da Jomoro, 83 da Ellembele e 51 da Ahanta West.

Il breakdown per struttura segue in Tabella 8:

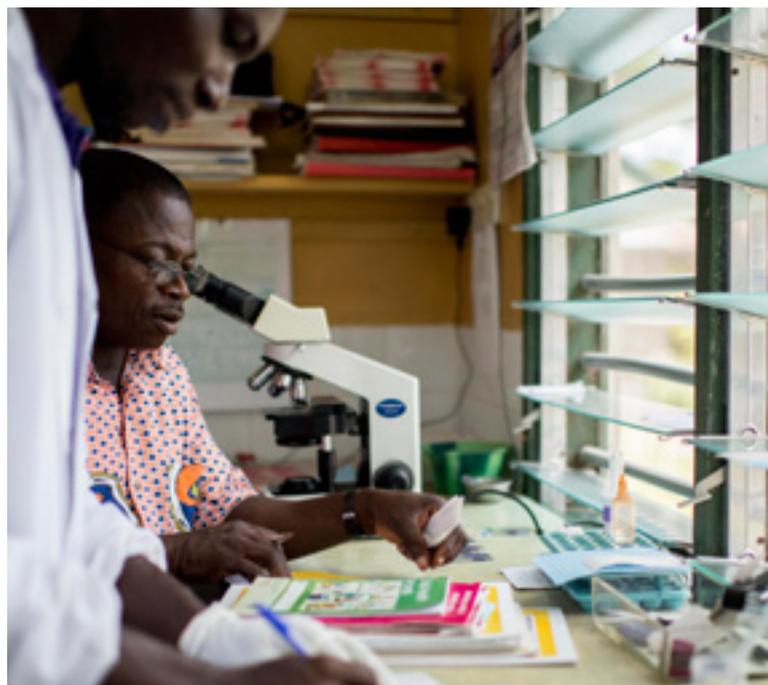


Tabella 7 - Centri Medici in costruzione

Tipo	Nome	Costruz./Riab.	Distretti beneficiari	Nome del contrattista	Trasferimento del sito al contrattista	Data inizio lavori
HC	Asasetre	Rehab	Ellembele	Western High Ltd	01/12/2014	29/12/2014
HC	Agona Nkwanta	Construction (A&E unit)	Ahanta West	Jonafku Company Ltd	01/12/2014	22/12/2014

Tabella 8 - Personale sanitario Centri Medici da formare

Tipo	Nome	Tot. staff	Medici	Assistenti medici	Infermieri comunità	Ostetriche	IP	Inf.	Statistici	Laboratoristi	Tecnici campo	Tecnici dispensario	Tecnici farmacia	Volontari comunitari	Volontari salute materna
Jomoro															
HC	Ekabeku	11			3	1	3								4
HC	New Town	11			3	1	3								4
HC	Samaye	13			3	2	4			1					3
HC	Tikobo 1	19		1	3	2	5		1	1	1				5
	Totale	54		1	12	6	15		1	2	1				16
Ahanta West															
HC	Agona Nkwanta	51	0	1	6	3	10	0	3	2	3	4	9		10
	Totale	51	0	1	6	3	10	0	3	2	3	4	9		10
Ellembele															
HC	Aidoo Suazo	5					3								2
HC	Aiyinasi	21		1	5	3	5	1	1		1				4
HC	Asasetre	17		1	3	1	6		1					2	3
HC	Essiama	24		2	8	1	6		1	1	1				4
HC	Nkroful	16		1	4	2	5	1			1				2
	Totale	83		5	20	7	25	2	3	1	3			4	13
TOTALE GENERALE		188		7	38	16	50	2	7	5	7	4	9	30	13

Anche in questo caso il personale sanitario parteciperà a sessioni di training comuni. 16 training sono previste tra febbraio 2015 e aprile 2016. Da maggio 2016 seguirà un periodo di on the job monitoring il cui obiettivo sarà il consolidamento delle conoscenze acquisite durante i corsi.

Ambulanze

Il progetto prevede il trasferimento di 4 ambulanze 4x4 e di una barca ambulanza per garantire il trasporto di emergenza anche alle comunità più remote. Questa azione è considerata essenziale per il rafforzamento dei servizi materno-infantile e di EmONC nelle aree bersaglio. La presenza delle ambulanze potenzierà inoltre indirettamente il sistema di referenza tra le strutture periferiche e gli ospedali facilitando il trasporto dei casi in emergenza alle strutture sanitarie appropriate.

Le 4 ambulanze sono state acquistate nel 2014 e il processo di trasferimento ai tre distretti sanitari si è concluso: 2 ambulanze possono ora passare sotto la gestione diretta delle strutture sanitarie di Essiama e Aidoo Suazoo (Ellembele), 1 ambulanza di Aghona Nkwanta (Ahanta West) e una all'ospedale distrettuale di Half Assini (Jomoro). La cerimonia ufficiale è prevista a gennaio 2015.

Per quanto riguarda la barca ambulanza, si prevede la sua consegna nel primo trimestre 2015. La barca ambulanza fornirà trasporto di emergenza lungo la laguna Juan, nell'area CHPS di Jaway Wharf, ad approssimativamente 4.000 persone che non hanno attualmente accesso diretto alle strutture sanitarie. La barca ambulanza sarà dotata di 15 posti a sedere ed equipaggiata con ossigeno, kit rianimazione, box medicine e altre attrezzature di emergenza. Inoltre, sono stati acquistati 2 motori che dovranno essere montati sulla barca ambulanza al momento della sua messa in acqua.

Attività a livello distrettuale

Il progetto opera a questo livello sui due ospedali di SMdP e di Half Assini.

In Ghana, gli ospedali costituiscono il terzo livello di cura e sono le strutture di riferimento per tutte le problematiche non risolvibili a livello dei CHPS e dei Centri Medici. Nell'ambito materno-infantile, il rafforzamento simultaneo del sistema CHPS - Centro Medico - Ospedale assicura un continuum nella gestione dell'intera struttura materno-infantile a partire dal livello comunitario fino ad arrivare a quello distrettuale.

Ospedale St. Martin de Porres (SMdP)

La costruzione del reparto prenatale all'Ospedale SMdP è iniziata a novembre 2013 e si è conclusa a maggio 2014. Il nuovo repar-

to consente al servizio ambulatoriale dell'ospedale di espandere la sua capacità di erogare servizi, rispondendo così alla crescente domanda di cure prenatali. La nuova struttura è stata inaugurata a settembre 2014 nell'ospedale dalla Christian Health Association of Ghana (CHAG), uno dei due partner di progetto insieme al Ghana Health Service.

Oltre alla costruzione del reparto prenatale, il progetto, in marzo 2014, ha effettuato il trasferimento di una vettura destinata a supportare i servizi medici al di fuori della struttura ospedaliera e presso la popolazione stessa. Il veicolo ora a disposizione dell'ospedale garantisce visite regolari alle comunità e assicura una costante erogazione di servizio sanitario anche nelle zone meno servite nell'area bersaglio che include: il distretto di Ellembele ma anche la popolazione di Jomoro e del distretto di Nzema Est. SMdP è infatti l'ospedale di referenza per a 15 strutture sanitarie di livello inferiore.

Il team dedicato all'assistenza sanitaria di base compie tre visite settimanali in 13 comunità per fornire servizi che includono: ambulatorio per la cura dei bambini, educazione comunitaria su vari temi sanitari selezionati, visite a domicilio a donne incinte, visite di supervisione alle levatrici tradizionali e ai funzionari sanitari comunitari e programmi sanitari nelle scuole.

L'attività di outreach mira a supportare una maggiore conoscenza delle donne sull'importanza delle visite prenatali e del parto assistito.

Oltre ai servizi medici erogati all'interno e fuori dalla struttura ospedaliera, l'ospedale conduce anche un programma di IEC che si svolge in due modalità:

- a livello ospedaliero: in reparti selezionati e nell'ambulatorio su base settimanale;
- a livello comunitario: raggiungendo le comunità bersaglio su base mensile.

Gli argomenti trattati nell'ambito ospedaliero riguardano la prevenzione dalla malaria, segni di gravidanza a rischio, pratiche culturali pericolose, Ebola e colera. Gli argomenti discussi a livello comunitario includono Ebola, prevenzione contro Epatite B e HIV/AIDS.

Ospedale Distrettuale di Half Assini

I lavori di costruzione/ristrutturazione della sala operatoria nell'Ospedale di Half Assini sono iniziati a dicembre 2014 e termineranno a settembre 2015. È prevista inoltre la fornitura e installazione di attrezzature per le emergenze ostetriche e neonatali. Nel 2016 è prevista invece la ristrutturazione e l'espansione del reparto maternità, la ristrutturazione del dipartimento per i raggi X, dell'attuale blocco operatorio, dell'area magazzino, del reparto dentistico, dei reparti degenza uomo e donna, dell'ambulatorio, del dispensario oltre che dei passaggi pedonali.

Tabella 9 - Personale ospedaliero oggetto di formazione

Tipo	Nome	Tot. staff	Assistenti Medici	Infermieri medici	Infermieri comunità	Ostetriche	IP	Inf.	Statistici	Laboratoristi	Tecnici campo	Tecnici dispensario e tecnici farmacia	Volontari comunitari e volontari salute materna	Staff pronto soccorso
Hosp	Half Assini	78	1	3	4	10	20	22	4	2	3	5	0	4
Hosp	SMdP*	78												
	Totale	156	1	3	4	10	20	22	4	2	3	5	0	4

*Il numero per SMdP non è ancora stato finalizzato.

Formazione

Il personale sanitario dell'ospedale sarà a sua volta oggetto di corsi di formazione. 156 persone parteciperanno a corsi di formazione di cui 78 da Half Assini e 78 da SMdP.

Anche in questo caso il personale sanitario parteciperà a sessioni di training comuni, per un totale di 16 sessioni. Le sessioni inizieranno in febbraio 2015 e termineranno in aprile 2016. Seguirà un periodo di on the job monitoring e supervisione al fine di consolidare le conoscenze acquisite.

Attività a livello distrettuale/regionale

Al fine di rinforzare efficacemente i servizi di salute materno infantile a tutti i livelli, anche la struttura distrettuale/regionale necessita di essere supportata. Capacity building del personale in Health Management e il sistema informativo della gestione della salute (Health Management Information System - HIMS) sono stati identificati come componenti essenziali per supportare il rinforzamento della struttura materno-infantile dal livello comunitario a quello regionale.

Le attività identificate per il raggiungimento di questo risultato sono le seguenti:

- capacity building su Health Management (p.e. pianificazione, M&E);
- supporto all'Health Management Information System (regionale, distrettuale, sub-distrettuale e comunitario);
- supervisione formativa, M&E delle attività di progetto.



Sviluppo delle capacità istituzionali

Le attività previste per ottenere il risultato atteso nei distretti target sono le seguenti:

- fornitura di materiale multimediale e didattico alle scuole di formazione sanitaria di Essiama e Asante;
- analisi dei Gap formativi e nell'ambito dell'IEC nelle aree target al fine di produrre un programma formativo e di sensibilizzazione ad hoc;
- supportare l'istituzione di servizi di Occupational Health nell'area materno-infantile in tutti e 22 i distretti della Western Region.

Fornitura di materiale didattico

2 istituti di formazione sanitaria, la scuola per assistenti sanitari di Asante e la scuola per infermiere professionali di Essiama riceveranno materiale didattico e multimediale migliorando così l'efficacia del programma formativo.

La lista dei materiali didattici è stata elaborata in collaborazione con i direttori delle scuole e con i DDHS e include: testi scolastici, manichini, laptop, computer, stampanti, fotocopiatrici, duplicatori, chiavette USB, ventose, kit per test di laboratorio. La fase di acquisto dei materiali è cominciata a fine 2014. Si prevede la consegna degli stessi entro il primo semestre 2015.

Gap Analysis dei bisogni di Training and IEC nell'area di progetto

A novembre 2014 si è svolto un workshop per definire i gap e i bisogni relativi a Training e IEC nei distretti di progetto. Il workshop ha visto coinvolti 30 partecipanti dai distretti di Jomoro, Ellembelle e Ahanta West, personale del GHS a livello regionale e staff di prolink, incaricata di implementare un programma formativo rispondente alle necessità locali.

Supportare l'istituzione di servizi di Occupational Health nell'area materno-infantile in tutti e 22 i distretti della Western Region

A novembre 2014 il progetto ha organizzato un workshop di 3 giorni con tema Occupational Health in ambito salute materno-infantile. Il workshop ha avuto come obiettivo quello di fornire le conoscenze necessarie per identificare e controllare i rischi e di ridurre malattie e incidenti sul posto di lavoro nelle strutture sanitarie. Il training è stato organizzato dal focal point regionale per l'Occupational Health con il supporto della responsabile nazionale dell'Occupational and Environmental Health al Ministero della Salute. Tra gli argomenti discussi:

- Principi nella gestione dei rischi sul lavoro nell'ambito della salute materno-infantile;
- Ispezione e valutazione del luogo di lavoro;
- Principi di Gestione dei rifiuti in ambito sanitario;
- Reportistica su Occupational Health in ambito materno-infantile usando il DHIMS-2.

Il workshop ha portato alla decisione di istituire servizi di Occupational Health in tutti e 22 i distretti della Western Region. Il workshop ha visto coinvolti circa 61 partecipanti da tutta la Western Region e figure professionali di altro profilo quali i DDHSs, senior officers e managers degli ospedali.

L'ultimo giorno del workshop è stato dedicato all'argomento Safety at Work in previsione dei lavori di costruzione e riabilitazione previsti dal progetto in 16 siti a partire da dicembre 2014. La sessione è stata organizzata dall'HSE Manager di Eni Ghana. Il workshop ha trattato i seguenti argomenti:

- Rischio ambientale in ambito rurale; Logistica e Trasporto in aree remote - Gestione del viaggio e condotta di guida, Pulizia del posto di lavoro, Lavori in altezza -operazioni di sollevamento;
- Personal Protective Equipment (PPE), Gestione dei Rifiuti, Repertistica HSE, Procedure Disciplinari.

Supporto all'Health Management Information System

L'Health Management Information System (HMIS) è un elemento essenziale per misurare e migliorare la qualità e la copertura dei servizi sanitari. Al fine di supportare il rafforzamento dell'Health Information Management System (DHIMS2) a livello distrettuale, il progetto mira quindi a rendere più efficaci le capacità di monitoraggio dei dati sanitari attraverso una più accurata raccolta dati, planning e un uso più efficace delle risorse ai vari livelli del sistema (comunitario - subdistrettuale - distrettuale/regionale).

Una gestione adeguata dei dati sanitari parte dalla generazione del dato stesso e passa attraverso una sua corretta raccolta, reporting e analisi. Attraverso un programma comprensivo di training e la supervisione on the job dei gestori dei dati sanitari il progetto punta a migliorare la qualità del dato prodotto con ricadute positive sulla gestione della salute materno-infantile stessa.

Il programma è attualmente in fase di elaborazione insieme al GHS livello distretto, regionale e nazionale per garantire armonizzazione e compliance non solo con i bisogni dei distretti ma anche con la strategia nazionale (bottom up - top down).

Monitoraggio, Supervisione e Valutazione attività di progetto

Per meglio monitorare e valutare efficacemente le attività di progetto Eni Foundation ha condotto un baseline survey. La baseline fornisce una fotografia del momento zero del progetto e definisce pertanto il quadro metodologico per misurare l'impatto sullo stato di salute della popolazione bersaglio.

Il survey è stato condotto dal Dipartimento di Medicina Comunitaria dell'università di Cape Coast e ha avuto come obiettivi:

- la valutazione dei bio-indicatori materno, neonatale e infantile selezionati, prima di essere esposti alle attività di progetto previste nelle comunità circostanti i CHPS sia in Jomoro che in Ellembele;
- la valutazione di alcuni comportamenti chiave in termini di consapevolezza, conoscenze, attitudine e pratiche delle donne in età riproduttiva sui temi della salute materno-infantile e dell'accesso ai servizi sanitari che risiedono nelle comunità selezionate.

I risultati del survey sono presentati qui di seguito:

Caratteristiche delle unità familiari

242 capifamiglia sono stati intervistati, dei quali 182 uomini e 60 donne. Il 41,4% delle unità famigliari usa acqua di superficie (fiumi, stagni, laghi) come loro maggiore fonte di acqua potabile mentre solo il 25% usa acqua da sistema di pompaggio. Il 22,8% delle unità familiari non ha accesso a servizi igienici. Il 74,6% delle unità familiari possiede zanzariere.

Salute materna

Delle 244 donne intervistate (Jomoro 143 e Ellembele 101) circa il 27% riportava la prima visita antenatale al 4° mese di gravidanza in Ellembele mentre in Jomoro il 39,4% riporta la prima visita al 3° mese. In media, le donne intervistate in entrambi i distretti riferivano di aver ricevuto almeno 4 visite antenatali e ciò è in accordo con le raccomandazioni dell'OMS.

Sebbene l'uso del servizio antenatale fosse in linea con gli standard, al contrario il numero di donne che avevano partorito in una struttura sanitaria era al di sotto della media. Infatti ben il 38% delle donne in Ellembele e il 40% delle donne in Jomoro riferivano di aver partorito a casa.

In entrambi i distretti la maggior parte delle donne (35,5%) ha ricevuto servizi postnatali nelle 24 ore successive al parto. Una proporzione consistente di donne aveva comunque ricevuto cure postnatali in strutture sanitarie: 84% in Ellembele e 73,9% in Jomoro.

In generale l'uso di contraccettivi si era rivelato basso, 22% e 19% nei distretti di Ellembele e Jomoro. Questi dati si collocano leggermente al di sotto della media nazionale che si attesta attorno al 35% (Ghana Statistical Service, 2011). Una maggioranza sostanziale di donne nel distretto di Ellembele (90%) aveva ricevuto informazioni rispetto a possibili complicazioni durante la gravidanza mentre nel distretto di Jomoro la percentuale si riduceva al 75%. In entrambi i casi la maggior parte delle donne era a conoscenza di dove andare in caso di complicazioni.

Salute infantile

Dei 274 bambini testati per malaria, la maggior parte (circa il 76%) era risultato negativo. Tuttavia, circa il 21% dei partecipanti di Ellembele aveva rifiutato il test. La proporzione di bambini positivi al test era di circa il 14%, tutti i bambini risultati positivi erano stati riferiti al centro medico più vicino per ricevere trattamento.

Per quanto riguarda l'allattamento esclusivo, su un totale di 61 bambini sotto i 6 mesi, nei due distretti di Jomoro ed Ellembele, ben il 93% non erano allattati in maniera esclusiva, confermando un dato noto in Africa Sub-Sahariana.

La copertura vaccinale in termini di DPT3 si attestava al 75% in Ellembele e al 79% in Jomoro. In totale, circa il 77% degli intervistati risultava immunizzato per la DPT3.

Rispetto alla somministrazione di vitamina A, il 72% e il 67,5% dei bambini di Ellembele e Jomoro ricevevano tale supporto.

Nelle due settimane precedenti il survey, più del 30% dei bambini di Jomoro risultava aver avuto la diarrea rispetto al 14,4% di Ellembele. In entrambi i casi, più della metà dei bambini era stata trattata in strutture private rispetto alle strutture pubbliche.

Per quanto riguarda i dati di malnutrizione, la misura della circonferenza del braccio ha dimostrato che la maggior parte dei bambini nei due distretti risultavano in stato nutrizionale normale eccetto 5 bambini severamente malnutriti, di cui 3 dal distretto di Ellembele e 2 dal distretto di Jomoro.



Mozambico

Dati del Paese

Popolazione (migliaia)	25.203
- sotto i 18 anni (migliaia)	13.064
- sotto i 5 anni (migliaia)	4.332
Speranza di vita alla nascita (anni)	50
Tasso di mortalità infantile (su 1.000 nati vivi)	
- 0-5 anni	90
- 0-12 mesi	63
- neo-natale	30
% nati sottopeso (2006-2010)	16,9
% bambini 0-5 anni sottopeso (moderato e grave 2006-2010)	14,9
% bambini 0-5 anni con ritardo nella crescita (moderato e grave 2006-2010)	42,6
Tasso di mortalità materna (su 100.000 nati vivi - 2006-2010)	410
Rischio di mortalità materna nel corso della vita (2008)	1 su 43
Reddito nazionale lordo pro-capite (US \$)	510
Spesa per la sanità	
- come % del prodotto interno lordo (2010) fonte: WHO	6,6
- % sulla spesa sanitaria totale proveniente da fonti esterne (2010) fonte: WHO	7,7

Fonte: UNICEF 2012

Progetto sanitario per il rafforzamento dei servizi di emergenza materna e infantile nel distretto di Palma (Provincia di Cabo Delgado)

Aree di intervento

Il Mozambico è situato nella parte sud-orientale del continente africano. Il Paese è diviso in 11 Province. Cabo Delgado è la Provincia più settentrionale del Paese ed è anche sede di alcuni indicatori di salute critici. Localizzata nell'area nord-est, al confine con la Tanzania, ha una popolazione totale stimata in circa 1.700.000 abitanti.

La distribuzione per diverse età mostra una maggior prevalenza della popolazione giovane: il 46% è al di sotto dei 15 anni, di cui il 17% sotto i cinque anni.

Malaria, diarrea, polmonite, malnutrizione, HIV, TB sono le principali cause di morbilità e mortalità dell'infanzia. Elevata la mortalità materna. In aumento la siero prevalenza di HIV. Da menzionare la lebbra, la filariosi e la schistosomiasi tra le malattie neglette.

La carenza di risorse finanziarie e di risorse umane in particolare è di gran lunga il più grande ostacolo allo sviluppo del settore sanitario e costituisce una barriera importante per il conseguimento degli



Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDG): con meno di 3 medici e di 21 infermieri ogni 100.000 abitanti, il Paese presenta una delle più basse densità di operatori sanitari nel mondo. La Provincia di Cabo Delgado, visualizzata nella cartina sopra, è suddivisa in 17 distretti, la sua capitale è la città di Pemba. Le attività sanitarie della Provincia sono caratterizzate da medie al di sotto dei livelli nazionali a causa di esiguità delle risorse finanziarie e umane, della scarsa capacità tecnica sia in ambito clinico che gestionale e amministrativo.

Tali condizioni contribuiscono a spiegare i bassi tassi di copertura delle prestazioni sanitarie in ambito materno-infantile. Il contesto specifico dell'intervento è rappresentato dal distretto di Palma, un'area costiera che si affaccia sull'Oceano Indiano. La popolazione conta poco meno di 60.000 abitanti, la metà dei quali è concentrata nella città di Pemba mentre la rimanente è dispersa nel territorio. La rete delle comunicazioni e dei trasporti è molto povera. L'attività economica principale è la pesca. La rete sanitaria del distretto di Palma è costituita da 6 centri sanitari: Palma, Pundanhur, Quionga, Olumbe, Maganja e Mute per un totale di 22 posti letto e 69 operatori sanitari di cui solo un terzo qualificati (Tabella 10). Il centro sanitario di Palma è la struttura obiettivo principale dell'intervento che si propone di promuovere in ospedale distrettuale. Consta di 42 posti letto distribuiti in reparti di medicina, maternità e pediatria. Prima dell'intervento, il laboratorio era equipaggiato per fornire solo un limitato numero di test di base e nel centro non esisteva la radiologia. Nel distretto nessun servizio era disponibile per le emergenze ostetriche e neonatali.

Beneficiari diretti dell'iniziativa sono le donne gravide e i neonati del distretto di Palma (circa 3.000). Inoltre beneficiano del programma anche il personale sanitario del reparto di ostetricia, ginecologia e neonatologia del Centro di Salute di riferimento e il personale dei 6 Centri di Salute (circa 20 persone) preposti a offrire il servizio di emergenza ostetrica di base. Beneficiari indiretti sono tutti gli abitanti del distretto di Palma che potranno utilizzare servizi sanitari migliorati (circa 60.000 persone).

Descrizione del progetto

Obiettivo

L'obiettivo del progetto è quello di contribuire alla riduzione della mortalità neonatale, infantile e materna nel distretto di Palma, attraverso l'incremento della qualità e dell'accesso ai servizi di emergenza neonatale e ostetrica. I risultati attesi sono:

- il miglioramento dei servizi ospedalieri di riferimento medico-chirurgici del Centro di Salute distrettuale di Palma, in particolare per le emergenze ostetriche/neonatali e pediatriche;
- il rafforzamento dei servizi di supporto diagnostico (radiologia ultrasonografia e laboratorio);
- aumento dell'accesso e migliorata qualità dei servizi di assistenza per le gravidanze a rischio;
- miglioramento delle capacità organizzative del management del Centro di Salute di Palma;
- miglioramento delle capacità organizzative dell'Ufficio Sanitario distrettuale di Palma nella gestione del sistema periferico dei servizi di Primary Health Care con particolare riferimento al programma esteso di vaccinazioni.

Attività

Aumentare l'accesso e la qualità dei servizi ostetrici e neonatali di tipo comprensivo (C-EONC) presso il Centro di Salute di Palma, attraverso:

- costruzione e messa in funzione di un blocco operatorio equipaggiato presso il Centro di Salute distrettuale di Palma, capace di rispondere a tutte le tipologie delle emergenze ostetriche, anche quelle che richiedono interventi chirurgici;
- acquisizione e fornitura di equipaggiamenti radiologici, ecografici e di laboratorio;
- realizzazione di una casa de espera – residenza per donne in attesa del parto. Essendo l'unica struttura capace di erogare queste prestazioni, il nuovo blocco operatorio sarà affiancato da una casa per accogliere le donne gravide in attesa del parto, con alto rischio ostetrico che provengono da zone remote;
- potenziamento delle capacità cliniche e gestionali. Per assicurare l'efficacia e la continuità dei servizi di cura, il progetto si propone di migliorare la qualità tecnica e organizzativa del Centro di Salute mediante la fornitura di materiale e di equipaggiamento diagnostico e la formazione del personale medico, infermieristico, tecnico e amministrativo locale;
- sviluppo delle capacità istituzionali: il progetto fornisce supporto anche all'Ufficio Sanitario distrettuale, in particolare per quanto riguarda il monitoraggio e la supervisione dei servizi materni, neonatali e infantili, con particolare riferimento al programma esteso di vaccinazioni, erogati dalle strutture sanitarie periferiche e l'avvio di un sistema di riferimento.

Partner e ruoli

- Eni Foundation finanzia il progetto ed è responsabile della sua gestione.
- La controparte locale è rappresentata dal Ministero della Salute (MISAU), dalla Direzione Provinciale della Sanità di Cabo Delgado (DPS), dalla Direzione dell'Ufficio distrettuale della Sanità (DHO) e dalla direzione del Centro di Salute di Palma. Il progetto riceve l'Alto Patronato del Gabinetto della First Lady Maria da Luz Guebuza, con accordi che sono stati firmati nel mese di marzo 2013.
- L'Organizzazione Non Governativa Medici con l'Africa CUAMM, che vanta una storica e accreditata presenza in Mozambico (1978), insieme a un profondo radicamento sul territorio, è stata identificata come l'organizzazione responsabile dell'implementazione di alcune attività di progetto.

Durata e costi

Il progetto ha avuto una durata di 18 mesi. Il costo complessivo per la realizzazione del progetto è stimato in 2,5 milioni di euro.

Tabella 10 - Quadro sintetico della rete sanitaria del distretto di Palma

Centro di Salute	Distanza in km dal CDS di Palma	Popolazione di riferimento	Risorse umane della sanità
Palma	-	22.404	54
Olumbe	47	13.609	4
Quionga	25	5.835	4
Maganja	38	2.931	2
Pundanhar	55	3.734	3
Mute	28	3.262	2
Totale		51.784	69

Tabella 11 - Centro di Salute di Palma anni 2013-2014: ricoveri CDS Palma

	Pazienti		Decessi		Tasso di letalità (%)	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Ricoveri	842	563	25	30	2,9	5,3
Diarrea	60	48	1	-	1,7	-
Malaria	490	537	10	17	2,0	3,2
Polmonite	78	78	3	6	3,8	7,2
Malnutrizione	14	7	2	1	14,3	14,3
Anemia	70	58	2	4	2,9	6,9
Tubercolosi	10	18	2	2	20	11,1
HIV/Aids	131	47	6	5	4,6	10,6
Altro	536	254	10	19	9	1,6
Ricoveri pediatrici	533	484	14	24	2,6	4,9
Visite ambulatoriali	70.784	80.533				

Tabella 12 - Centro di Salute di Palma anni 2013-2014: Reparto maternità

	Nr. eventi		[%]	
	2013	2014	2013	2014
Ricoveri	1.131	1.221	-	-
Parti	867	968	-	-
Nati	867	933	-	-
Neonati deceduti	26	35	2,9	3,6
Decessi materni	2	1	-	-
Madri HIV+	39	46	4,2	4,7
Basso peso alla nascita	83	118	9,5	12,6

Tabella 13 - Formazione

Tipologia di corso attuato	Personale formato	Numero corsi	Ore di formazione
Emergenze ostetriche e sepsi puerperale	32 operatori sanitari	2	12 ore
Assistenza neonatale, emergenze pediatriche	38 operatori sanitari	3	15 ore sett. x 8 sett.
Assistenza ostetrica neonatale	14 operatori sanitari	1	30 ore sett. x 4 sett.
Sistema Informativo Sanitario	28 responsabili CDS	1	18 ore
Formazione per ostetriche tradizionali	25 ostetriche tradizionali	1	35
PMTCT	29 personale	2	14
Tecniche ecografiche	8 operatori sanitari	1	40
Totale	174	11	359



Attività svolte nel 2014

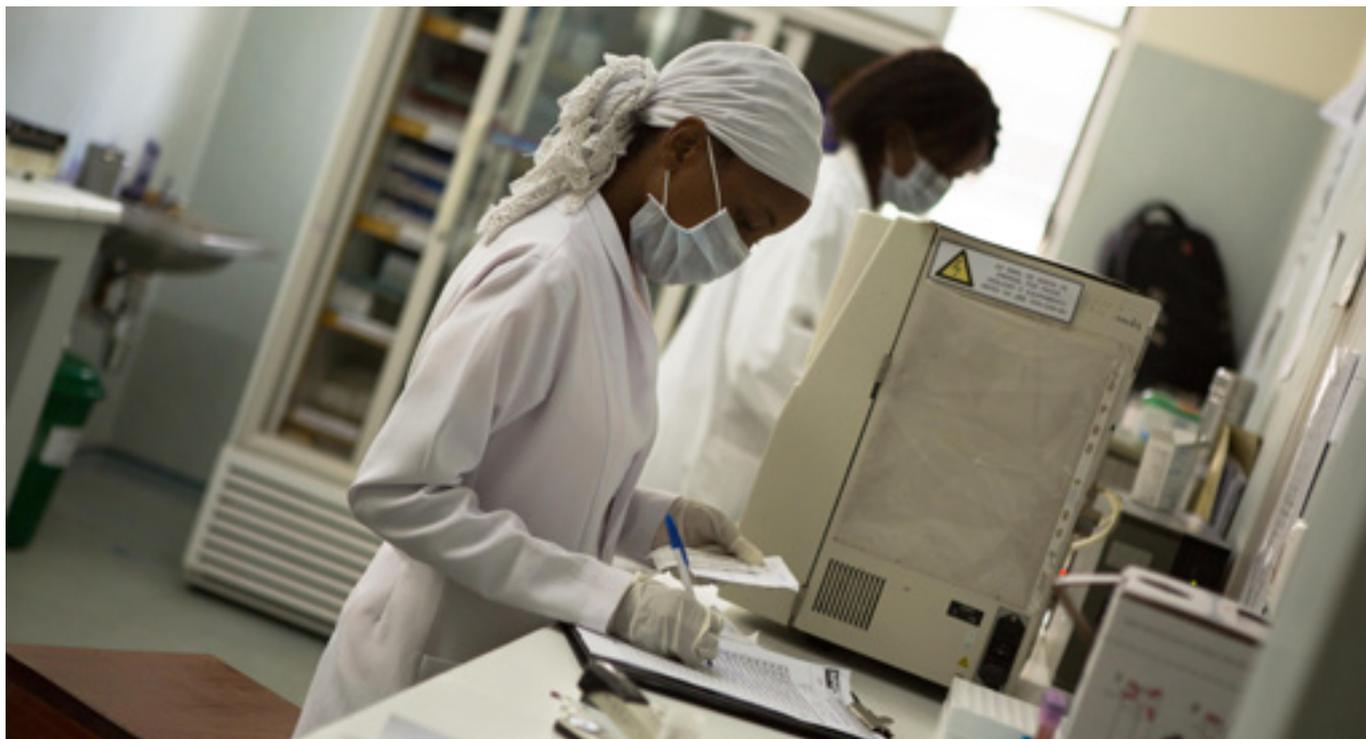
Nel corso del 2014 sono state portate a termine le attività previste e sottoscritte nel Memorandum of Understanding con il MISAU nel 2013. Le attività del progetto si sono concluse con l'inaugurazione ufficiale nel mese di dicembre 2014, alla presenza delle First Ladies, spose del Presidente in carica e del nuovo eletto, del Ministro della sanità e di rappresentative cariche di governo locale. Tutti gli intervenuti hanno sottolineato l'importanza del progetto dal punto di vista delle soluzioni avanzate e di elevata qualità tecnologica utilizzate per gli investimenti per la formazione del personale e per il sostegno delle comunità.

Nel corso dello sviluppo del progetto sono state dapprima riabilite le strutture per favorire la permanenza in loco degli operatori sanitari del centro di Salute di Palma, e poi riabilitato l'impianto elettrico e il sistema di approvvigionamento e distribuzione idrica dell'intero ospedale, riattivate e fatte funzionare quattro grandi cucine a gas e allacciate e messe in attività tre lavatrici industriali. In questo modo è stata consentita la completa operatività dell'intera struttura sanitaria.



Blocco operatorio

Il nuovo edificio, costruito nell'ambito del complesso ospedaliero del Centro di Salute di Palma e a cui è collegato da una pensilina frontale, consta di un'area a impianto rettangolare di 510 m² nella quale trovano sede, oltre alle due sale operatorie, le aree di sterilizzazione con relative autoclavi, le aree preanestetiche e post operatorie con attrezzature specifiche per la rianimazione e incubatori per il trattamento intensivo neonatale, i vestuari e i compartimenti per i gas medicali e per il generatore elettrico. Le sale operatorie sono dotate di impianti di climatizzazione e condizionamento mediante sistemi a flusso laminare (i primi in uso nel Paese) che permettono di ottenere un elevato grado di purezza dell'aria ambiente e quindi una forte riduzione degli inquinanti e pertanto delle complicazioni infettive nel corso degli interventi, anche quelli più complessi, operatori. La riduzione della concentrazione di elementi contaminati è ottenuta per spostamento fisico dell'aria inquinata che viene sostituita con aria trattata, immessa attraverso pareti dotate di filtri speciali (HEPA). Oltre alle costruzioni sono state fornite attrezzature sanitarie quali respiratori, tavoli operatorie, lampade scialitiche, aspiratori e tutti gli accessori chirurgici per il perfetto funzionamento della struttura.



Blocco operatorio

È stata completata la costruzione di un blocco operatorio (400 m²), con due sale chirurgiche, perfettamente equipaggiate, che consentono di erogare tutte le tipologie di interventi chirurgici e pertanto le prestazioni ostetriche di tipo comprensivo (C-EONC) cioè isterectomie e interventi cesarei.

Casa de Espera

È stata costruita e arredata una abitazione “casa de Espera” che offre completa accoglienza a donne gravide in imminenza di parto. Questo edificio, di 247 m² con copertura a doppia falda inclinata e murature portanti perimetrali adiacente, ma esterno, rispetto al Centro di Salute, è costituito da quattro stanze, in cui possono soggiornare fino a dodici donne gravide, e da una ampia sala centrale utilizzabile per la formazione collettiva delle stesse. La definizione di Casa di attesa (del parto) implica una abitazione localizzata vicino a una unità sanitaria capace di offrire almeno servizi ostetrici e neonatali basilari (COEB) destinata ad accogliere donne gravide a rischio ostetrico o donne, nell'ultimo periodo di gravidanza, con difficoltà di accesso ai servizi sanitari. La “Casa de espera para mulheres gravidas” viene considerata uno strumento per favorire il parto sicuro, cioè in ambiente ospedaliero, e pertanto per ridurre la mortalità materno-infantile. Le donne gravide che sono in situazioni svantaggiate (prive di risorse o che vivono in zone inaccessibili lontano da Centri di Salute) possono attendere il momento del parto nei pressi di una unità sanitaria che può monitorare l'evoluzione al termine di gravidanza e pertanto ricevere trattamenti tempestivi, adeguati e di qualità in caso di complicazioni. Nello stesso tempo, in caso di necessità la donna con complicazioni può essere tempestivamente trasferita, se necessario, in altra unità sanitaria più qualificata per ricevere trattamenti più complessi quali il cesareo (COEC). La presenza di queste donne costituisce una opportunità per trasmettere informazioni su salute, alimentazione, igiene, le attenzioni postpartum, lo screening e la prevenzione per le malattie a trasmissione sessuale.

Organizzazione di servizi

Sono stati organizzati i servizi di laboratorio, di ecografia e radiologia attraverso la messa a disposizione di apparecchiature di precisione per l'attuazione dei principali test diagnostici e una prima fornitura di materiali di consumo:

Laboratorio analisi

Il laboratorio analisi è stato completamente ristrutturato; sono state sostituite e ridistribuite le apparecchiature elettriche, è stato migliorato l'impianto idrico, installato un impianto di condizionamento d'aria. Attualmente, l'acquisto di strumentazioni adeguate (Sysmec 300, Humalyzer 3000, distillatore di acqua DSA, citometro Aleze Piner CD4 e cioè un fotometro per dosaggi biochimici, un apparecchio per analisi ematologiche complete, distillatori e centrifughe, bilance di precisione e bagni termostatici) per eseguire la maggior parte degli esami inerenti a ematologia, parassitologia, biochimica e sierologia permette alla struttura di essere qualificata di secondo livello e cioè, nella rete dei laboratori del SSN mozambicano, con competenze dei ospedali distrettuali e rurali.

Servizio di radiologia digitale

Il progetto ha inoltre permesso l'avvio di un servizio di radiologia digitale, che non necessita di camera oscura perché evita la fase di sviluppo con pellicole e sostanze chimiche, riduce la percentuale di errori di esecuzione e permette una elaborazione ed esportazione dell'immagine su supporti elettronici. L'apparecchio acquistato “Matrix DR Hybrid WiFi” permette di eseguire qualsiasi tipo di esame e consente una archiviazione in memoria di più di 10.000 immagini. Oltre all'apparecchio radiologico sono stati acquistati pannelli piombati, protezioni per pazienti e operatori e tutti gli strumenti (tavolo-pazienti per esami in decubito, statino per esami in piedi, memoria esterna e stampanti laser su carta e su pellicola) necessari per qualificare un servizio di radiologia. Il sistema permette la trasmissione di immagini ad altre stazioni



e consentirebbe collaborazioni e formazione a distanza. I servizi diagnostici sono stati integrati dalla fornitura di un ecografo principalmente destinato all'ultrasonografia pelvica e alla biometria fetale.

Assistenza tecnica

L'assistenza tecnica al Centro di Salute di Palma, in termini medici, è stata realizzata attraverso il sostegno medico specialistico e l'aggiornamento on the job da parte di pediatri e ginecologi ostetrici espatriati offerto al personale locale. Al fine di migliorare la qualità delle cure pediatriche del Centro di Palma sono state regolarmente supervisionate le attività ambulatoriali e di reparto con discussione dei casi e controllo della documentazione clinica. Le attività di sostegno degli specialisti ostetrici sono state orientate al miglioramento della gestione clinica delle donne gravide, all'assistenza al parto e al neonato, alla prevenzione delle infezioni ospedaliere. Sono inoltre stati organizzati corsi di formazione su emergenze pediatriche, sulla interruzione della trasmissione verticale della infezione HIV e su tecniche di laboratorio ed ecografiche. Complessivamente di questi corsi hanno beneficiato 174 operatori sanitari del Centro di Salute di Palma e dei suoi cinque centri periferici. Il rafforzamento delle comunicazioni tra Centro di Salute di Palma e CDS periferici attraverso la messa a disposizione di mezzi di trasporto fuoristrada (un autoveicolo e due moto di tipo enduro) ha permesso di continuare a sostenere la regolare periodica realizzazione di attività cliniche mobili in tutto il distretto e di mantenere di conseguenza elevati tassi di copertura vaccinali (vedi Tabella 14). Nel corso del progetto sono state finanziate 48 uscite del personale sanitario nei villaggi e nei Centri di Salute più remoti, localizzati nella foresta e distanti fino a più di 170 chilometri da Palma. La principale finalità di questa iniziativa introdotta in tutto il Paese dal MISAU fin dall'inizio degli anni '80 è di raggiungere a livello nazionale tassi di vaccinazione sufficientemente elevati per interrompere la catena di trasmissione delle principali

malattie infettive dell'infanzia (difterite, pertosse, tetano e morbillo). Così sono state introdotte queste "brigade mobili" per vaccinare le comunità distanti dalle unità sanitarie con posto fisso di vaccinazione nell'ambito di un programma denominato internazionalmente Programma Allargato di vaccinazioni. Nel contempo il raggiungimento di queste remote comunità del distretto di Palma ha permesso di attuare consulenze prenatali, visite di pazienti e test per diagnosi di HIV/AIDS. Il Progetto ha significativamente contribuito al regolare svolgimento di queste uscite nel distretto di Palma attraverso, oltre alla fornitura dei mezzi di trasporto, il finanziamento di per diem al personale dislocato e di carburante necessario per gli spostamenti degli autoveicoli.

Tabella 14 - Copertura vaccinale

Indicatore	2013	2014	Tasso di crescita
BCG (0-11 mesi)	2.223	2.236	0,6
VAS (0-11 mesi)	1.957	1.999	2,1
CCV (0-11 mesi)	1.894	1.829	-3,4
DPT 1ª dose (0-11 mesi)	2.203	2.085	-5,4
DPT 3ª dose (0-11 mesi)	1.889	2.020	6,9
Tetano 2ª dose (donne gravide)	1.907	2.076	8,9
Tetano 2ª dose (donne in età fertile)	4.478	4.123	-7,9

BCG vacc. antitubercolare, VAS vacc. antimorbillo, CCV bambino vaccinato completamente, DPT vacc. antidifterica antitetanica e antipertossica.

Campagna nazionale

Anche nel corso del 2014 è stata sostenuta la campagna nazionale contro le malattie neglette e trascurate (filariosi, schistosomiasi ed elmintiasi) e la distribuzione di farmaci specifici – ivermectin, praziquantel e albendazolo – alle persone a rischio nel distretto.

Terminata la costruzione delle sale operatorie uno specialista chirurgo espatriato ha realizzato i primi interventi chirurgici nel centro di salute di Palma.

Sintesi della spesa

Il consuntivo al 31 dicembre 2014 ha chiuso con una spesa complessiva di 4.990.371 euro di cui in particolare per attività tipiche di progetto:

- 1.676.497 euro per spese relative al progetto in Ghana (realizzazione di 2 Centri Sanitari di comunità, un reparto prenatale ospedaliero e acquisto automezzi e costi operativi di progetto);
- 2.223.806 euro per spese relative in Mozambico (realizzazioni del nuovo blocco operatorio presso il Centro di Salute di Palma e della Casa de Espera, attività di training on the job al personale sanitario del centro, acquisto automezzi e costi operativi di progetto).

Le erogazioni liberali effettuate a soggetti terzi che non hanno finalità di lucro ammontano a 37.500 euro.



Bilancio di esercizio 2014

Schemi 27

Nota integrativa
al bilancio al 31.12.14 29

Note alle voci di bilancio
e altre informazioni 30

Relazione del Collegio dei Revisori
sul bilancio dell'esercizio
chiuso al 31.12.14 32

Schemi

Stato Patrimoniale

ATTIVITÀ	(euro)	Note	31.12.2013	31.12.2014
A	CREDITI VERSO ASSOCIATI PER VERSAMENTO QUOTE			
B	IMMOBILIZZAZIONI			
I	<i>Immobilizzazioni immateriali</i>			
II	<i>Immobilizzazioni materiali</i>	1	0	0
III	<i>Immobilizzazioni finanziarie</i>			
C	ATTIVO CIRCOLANTE			
I	<i>Rimanenze</i>			
II	<i>Crediti</i>			
	Crediti verso socio fondatore			
	Crediti tributari	2	11.749	8.167
			11.749	8.167
III	<i>Attività finanziarie (che non costituiscono immobilizzazioni)</i>			
IV	<i>Disponibilità liquide</i>			
	Depositi bancari e postali	3	5.867.905	3.230.124
			5.867.905	3.230.124
D	RATEI E RISCONTI			
	TOTALE ATTIVITÀ		5.879.654	3.238.291
PASSIVITÀ E PATRIMONIO NETTO	(euro)	Note	31.12.2013	31.12.2014
A	PATRIMONIO NETTO			
I	<i>Patrimonio libero</i>	4		
	Fondo di gestione (art. 6 dello Statuto)		33.000.000	33.000.000
	Risultato gestionale esercizi precedenti		(26.143.380)	(28.327.633)
	Risultato gestionale esercizio in corso		(2.184.253)	(4.990.371)
II	<i>Fondo di dotazione dell'azienda</i>	5	110.000	110.000
			4.782.367	(208.004)
B	FONDI PER RISCHI E ONERI			
C	TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO DI LAVORO SUBORDINATO			
D	DEBITI			
	Debiti verso fornitori	6	624.228	2.711.106
	Debiti verso socio fondatore	7	364.372	587.023
	Debiti tributari			
	Debiti verso istituti di previdenza e di sicurezza sociale			
	Altri debiti	8	108.687	148.166
	Debiti verso il Ministero dell'Economia e delle Finanze			
			1.097.287	3.446.295
E	RATEI E RISCONTI			
	TOTALE PASSIVITÀ E PATRIMONIO NETTO		5.879.654	3.238.291
F	CONTI D'ORDINE			
	Beni presso terzi			

Rendiconto gestionale

PROVENTI	(euro)	Note	2013	2014
Proventi da attività tipiche				
Proventi da attività accessorie				
Proventi diversi di gestione				
Proventi finanziari e patrimoniali				
Proventi finanziari da depositi bancari		9	543	1.755
Altri proventi finanziari e altri proventi			241.474	
TOTALE PROVENTI			242.017	1.755
ONERI	(euro)	Note	2013	2014
Oneri di attività tipiche				
Acquisti		10	368.709	1.153.907
Servizi		11	1.348.318	2.746.396
Godimento beni di terzi		12	10.486	7.067
Oneri diversi di gestione		13	20.550	37.500
			1.748.063	3.944.871
Oneri finanziari e patrimoniali				
Oneri finanziari su depositi bancari			48	0
Oneri di supporto generale				
Servizi		14	659.915	1.036.364
Altri oneri		15	1.183	660
			661.098	1.037.024
TOTALE ONERI			2.409.209	4.981.895
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE			(2.167.192)	(4.980.140)
IMPOSTE DELL'ESERCIZIO				
- Imposte esercizi precedenti			796	0
- Imposte correnti		16	(17.857)	(10.231)
TOTALE IMPOSTE DELL'ESERCIZIO			(17.061)	(10.231)
RISULTATO DELLA GESTIONE			(2.184.253)	(4.990.371)

Nota integrativa al bilancio al 31 dicembre 2014

Criteri di formazione

Il bilancio della Fondazione chiuso al 31 dicembre 2014 è conforme alle indicazioni dettate dall'art. 20 del D.P.R. n. 600/73 che prevede l'obbligo, anche per gli enti non commerciali, di seguire tutte le operazioni di gestione con una contabilità generale e sistematica che consenta di redigere annualmente il bilancio dell'ente, ove il Consiglio di Amministrazione è chiamato per statuto ad approvare il bilancio di ogni esercizio.

Lo schema adottato, in assenza di vincoli normativi specifici, riprende la struttura indicata dagli artt. 2423 e seguenti del Codice Civile, adattato alle specifiche caratteristiche delle realtà aziendali non profit. A tal proposito si è scelto di fare riferimento allo schema proposto dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti nella Raccomandazione n.1 (luglio 2002).

Lo schema di Stato Patrimoniale adottato è stato quello suggerito per le aziende non profit che non svolgono attività accessorie a quella istituzionale. Infatti, l'attività svolta dalla Fondazione si colloca all'interno delle sue finalità dirette, statutariamente stabilite.

Il Rendiconto della gestione presenta uno schema basato sulla classificazione degli oneri per natura. È stata così distinta la gestione di attività tipica da quella finanziaria nonché da quella di supporto generale.

Sulla base delle suddette considerazioni, il bilancio si compone dello Stato Patrimoniale, del Rendiconto della gestione e della Nota Integrativa, che costituisce parte integrante del documento.

Revisione del bilancio

Secondo quanto stabilito dallo statuto della Fondazione, il Collegio dei Revisori dei Conti, composto da tre membri, ha verificato durante l'esercizio la regolare tenuta delle scritture contabili, nonché il corretto svolgimento degli adempimenti civilistici, fiscali, previdenziali e statuari.

Criteri di valutazione

La valutazione delle voci di bilancio è stata fatta ispirandosi ai principi della prudenza, nella prospettiva della continuità dell'attività, e della competenza, in base ai quali l'effetto delle operazioni e degli altri eventi è stato rilevato contabilmente e attribuito all'esercizio al quale le operazioni si riferiscono, e non a quello in cui si concretizzano i relativi movimenti di numerario (incassi e pagamenti).

Stato Patrimoniale

I criteri di valutazione delle voci dello Stato Patrimoniale sono stati i seguenti:

- Immobilizzazioni materiali: sono iscritte al valore normale;
- Debiti: sono iscritti al loro valore nominale.

Rendiconto gestionale

I criteri di valutazione delle voci del rendiconto economico della gestione sono stati i seguenti:

- Proventi e oneri: sono imputati a conto economico secondo il criterio della competenza e nel rispetto del principio della prudenza.

Aspetti fiscali

La Fondazione è soggetta alla particolare disciplina fiscale prevista per gli enti non commerciali.

L'aspetto principale riguarda il non assoggettamento a imposte sul reddito delle attività istituzionali svolte nell'ambito della vita della Fondazione, in quanto connesse al conseguimento degli scopi di solidarietà sociale e umanitaria. Conseguentemente le ritenute fiscali operate sugli interessi attivi sui depositi bancari non sono chieste a rimborso.

Relativamente all'IRAP, alla Fondazione si applica l'aliquota del 4,82%. La base imponibile per la determinazione dell'imposta è costituita dall'ammontare dei compensi erogati a collaboratori coordinati e continuativi e al costo del personale comandato.

Non sono previsti vantaggi in campo IVA, dal momento che la Fondazione sopporta l'IVA come consumatore finale.

Informazioni sull'occupazione

La Fondazione non ha dipendenti a ruolo.

Note alle voci di bilancio e altre informazioni

Stato Patrimoniale

Immobilizzazioni

1) IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI

Sono costituite da 3 computer ricevuti nel 2009 da Eni SpA per cessione gratuita.

Sono iscritte al valore normale di 60 euro e interamente ammortizzate.

Attivo circolante

2) CREDITI TRIBUTARI

I crediti tributari ammontano a 8.167 euro e sono costituiti dal credito verso l'Erario per IRAP, sorto nello scorso esercizio e diminuito per effetto delle imposte dovute per il 2014.

3) DISPONIBILITÀ LIQUIDE

Le disponibilità liquide di 3.230.124 euro sono interamente costituite dalle giacenze presso la BNL Gruppo BNP Paribas c/c 451 - sportello Eni Roma.

Patrimonio netto

4) PATRIMONIO LIBERO

Il patrimonio libero è costituito:

- dal fondo di gestione, previsto dall'art. 6 dello Statuto della Fondazione, attualmente di 33.000.000 euro;
- dal risultato gestionale negativo degli esercizi precedenti di 28.327.633 euro;
- dal risultato gestionale negativo dell'esercizio in esame di 4.990.371 euro.

5) FONDO DI DOTAZIONE

Il fondo di dotazione è di euro 110.000, versato dal Socio Fondatore Eni SpA.

Debiti

6) DEBITI VERSO FORNITORI

I debiti verso fornitori ammontano a 2.711.106 euro dei quali:

- 1.114.592 euro verso Eni Mozambico SpA;
- 757.416 euro verso Prolink Ghana;
- 465.244 euro verso Eni Ghana Exploration & Production;
- 325.990 euro verso Opera S. Francesco CUAMM;
- 43.983 euro verso Eni International Resources Ltd;
- 3.881 euro verso PriceWaterhouseCoopers

e si riferiscono alle prestazioni rese nell'ambito dei relativi contratti nel corso dell'esercizio.

7) DEBITI VERSO SOCIO FONDATORE

I debiti verso Eni di 587.023 euro sono rappresentati dagli addebiti ricevuti relativi ai costi di personale in comando e al contratto di servizi.

8) ALTRI DEBITI

Gli altri debiti ammontano a 148.166 euro e riguardano essenzialmente lo stanziamento per gli emolumenti dei componenti degli Organi Sociali.

Rendiconto economico della gestione

Proventi finanziari e patrimoniali

9) PROVENTI FINANZIARI DA DEPOSITI BANCARI

I proventi finanziari di 1.755 euro sono costituiti dagli interessi attivi maturati sul deposito bancario presso la BNL Gruppo BNP Paribas.

Oneri di attività tipiche

Gli oneri in argomento si riferiscono ai costi sostenuti dalla Fondazione specificatamente per lo svolgimento dell'attività istituzionale.

10) ACQUISTI

Ammontano a 1.153.907 euro e riguardano gli acquisti di materiali e attrezzature per i centri sanitari e le basi operative nell'ambito dei progetti condotti da Eni Foundation in Ghana e in Mozambico, effettuati sostanzialmente da Eni Ghana Exploration & Production ed Eni Mozambico in base ai contratti di servizio stipulati con la Fondazione:

- 668.280 euro per il progetto Ghana;
- 485.627 euro per il progetto Mozambico.

11) SERVIZI

Ammontano a 2.746.396 euro e riguardano le spese rese nell'ambito dei progetti di cui alla precedente nota per ristrutturazione ed equipaggiamento di centri sanitari; prestazioni mediche e prestazioni tecniche di personale specializzato; attività di ricerca e supporto ad attività sanitarie, di formazione e addestramento e di sensibilizzazione, di cui:

- 1.738.179 euro per il progetto Mozambico;
- 1.008.217 euro per il progetto Ghana.

12) GODIMENTO BENI DI TERZI

Ammontano a 7.067 euro e sono costituiti dai noleggi di autoveicoli inerenti alle attività svolte in Ghana.

13) ONERI DIVERSI DI GESTIONE

Ammontano a 37.500 euro e sono costituiti da elargizioni effettuate ad aziende e associazioni non profit.

Oneri di supporto generale

Gli oneri in argomento si riferiscono ai costi sostenuti per lo svolgimento dell'attività di direzione e di conduzione della Fondazione.

14) SERVIZI

Ammontano a 1.036.364 euro e sono costituiti da:

- prestazioni di personale ricevuto in comando di 324.575 euro;
- prestazioni rese da Eni SpA nell'ambito del contratto di servizi di 519.378 euro;
- prestazioni rese dai componenti gli Organi Statutari di 171.808 euro;
- prestazioni legali, notarili e diverse di 18.198 euro;
- servizi bancari di 2.405 euro.

15) ALTRI ONERI

Ammontano a 660 euro e sono costituiti prevalentemente da altri oneri tributari.

Imposte

16) IMPOSTE CORRENTI

Ammontano a 10.231 euro e sono costituite sostanzialmente dallo stanziamento dell'Imposta Regionale sulle Attività Produttive dell'esercizio 2014.

Il risultato della gestione al 31 dicembre 2014 è negativo per 4.990.371 euro.

Tale disavanzo verrà coperto da una integrazione del Fondo di Gestione così come deliberato, in sede preventiva, dal Consiglio di Amministrazione del 18 dicembre 2013, 28 luglio 2014 e 19 dicembre 2014.

Relazione del Collegio dei Revisori sul bilancio al 31 dicembre 2014

“Signor Presidente, Signori Consiglieri,

nel corso dell'esercizio chiuso al 31 dicembre 2014 abbiamo svolto la nostra attività di vigilanza nel rispetto della normativa vigente, avendo presenti i principi di comportamento del Collegio dei Revisori raccomandati dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili, vigilando sull'osservanza della legge e dello statuto sociale.

In merito all'attività svolta nel corso dell'esercizio 2014, riferiamo quanto segue.

Abbiamo vigilato sull'osservanza della legge e dello statuto.

Abbiamo ottenuto dagli Amministratori le informazioni sull'attività svolta e sulle operazioni di maggiore rilievo economico, finanziario e patrimoniale deliberate e poste in essere nell'esercizio, che sono esaurientemente rappresentate nella Relazione sulla Gestione, alla quale si rinvia.

Sulla base delle informazioni a noi rese disponibili, possiamo ragionevolmente ritenere che le operazioni poste in essere dall'Ente sono conformi alla legge e allo statuto sociale e non sono manifestamente imprudenti, azzardate o in contrasto con le delibere assunte dal Consiglio o tali da compromettere l'integrità del patrimonio sociale.

Abbiamo acquisito conoscenza e vigilato, durante le nostre cinque riunioni, sull'adeguatezza della struttura organizzativa dell'Ente, del sistema di controllo interno, del sistema amministrativo-contabile e sulla sua affidabilità a rappresentare correttamente i fatti di gestione.

Nel corso dell'esercizio l'Organismo di Vigilanza, costituito ai sensi del D.Lgs 231/2001 e nominato il 18 dicembre 2013, ha emesso la relazione relativa al primo semestre in data 8 settembre 2014 e la relazione relativa al secondo semestre in data 26 gennaio 2015.

Inoltre in data 27 novembre 2014 il Segretario Generale ha approvato il nuovo documento “Attività sensibili e standard di controllo specifici” che ha accolto i reati relativi alla Convenzione di Lanzarote e al Lavoro clandestino.

Infine in data 23 marzo 2015 è stato inviato il “Rapporto sull'intervento di controllo” attuato con il supporto della KPMG Advisory per il periodo settembre 2013 - ottobre 2014.

Il Collegio dei Revisori ha incontrato due volte in data 4 giugno 2014 e in data 4 marzo 2015 l'Organismo di Vigilanza.

Dalle relazioni ricevute e dagli incontri citati non sono emerse violazioni al Modello né fatti degni di nota.

La Fondazione, pur non rientrando tra i soggetti tenuti al recepimento delle normative di Management System Guideline emesse da Eni per se stessa e per le controllate, ha ritenuto opportuno aderire a tale sistema. Il Consiglio di Amministrazione quindi recepisce con regolari delibere i documenti che di volta in volta vengono emessi da Eni con gli opportuni adattamenti alla realtà della Fondazione.

Nel corso dell'attività di vigilanza, come sopra descritta, abbiamo verificato che non sono state presentate denunce ai sensi dell'art. 2408 del Codice Civile, così come non sono emerse operazioni atipiche e/o inusuali con parti correlate e/o terzi, esposti, omissioni o fatti censurabili da segnalare o di cui fare menzione nella presente relazione.

Il Collegio dei Revisori prende atto che il risultato negativo dell'esercizio, pari ad 4.990 mila euro, è determinato principalmente da oneri per costi e servizi inerenti attività tipiche principalmente sostenuti a beneficio dei progetti sanitari.

In particolare nel corso dell'esercizio sono stati sostenuti i seguenti oneri per le attività tipiche suddivisi tra i due progetti in corso:

	Ghana	Mozambico
Acquisti	€ 668.280	€ 485.627
Servizi	€ 1.008.217	€ 1.738.179
Totale	€ 1.676.497	€ 2.223.806

Gli oneri di supporto generale ammontano invece a 1.036 mila euro suddivisi tra personale distaccato per 324 mila euro, prestazioni ricevute da Eni SpA 519 mila euro, compensi agli Organi Statuari per 171 mila euro e altri minori per 21 mila euro.

Nel corso dell'esercizio inoltre sono stati predisposti, anche su invito del Collegio dei Revisori, prospetti di controllo di gestione per ogni progetto con evidenza del preventivo autorizzato, dei tempi di attuazione, dei costi sostenuti alla data e dalla percentuale di avanzamento.

Con riferimento al bilancio d'esercizio chiuso al 31 dicembre 2014 abbiamo vigilato per gli aspetti e le formalità non legate alla revisione legale dei conti, sull'impostazione e sulla sua generale conformità alla legge per ciò che attiene alla sua formazione e struttura; in particolare abbiamo potuto riscontrare che il bilancio risulta redatto secondo le disposizioni previste dall'Art. 20 del DPR n. 600/73 e dagli Art. 2423 e seguenti del c.c., adattato alle specifiche caratteristiche della realtà “non profit” con riferimento allo schema proposto dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti nella Raccomandazione n.1 del luglio del 2002.

Abbiamo verificato l'osservanza delle norme inerenti la predisposizione della Relazione sulla Gestione.

Il Consiglio di Amministrazione ha fornito nella Nota Integrativa le informazioni di cui all'articolo 2497 bis del Codice Civile.

Il Collegio dei Revisori, per quanto di propria competenza, preso atto delle risultanze del bilancio di esercizio al 31 dicembre 2014, tenuto conto di quanto osservato nella presente Relazione, non ha obiezioni da formulare in merito alla approvazione del bilancio di esercizio che riporta una perdita di 4.990.371 euro che sarà coperta dal versamento integrativo al Fondo di Gestione come deliberato dal Consiglio di Amministrazione.”

Roma, 13 aprile 2015

Il Collegio dei Revisori

Dr. Francesco Schiavone Panni Presidente

Prof.ssa Anna Gervasoni

Dr. Pier Paolo Sganga



foundation

Sede in Roma

Piazzale Enrico Mattei I, 00144

Tel: + 39 06 598 24108

Codice fiscale 97436250589

Iscritta nel registro delle persone giuridiche al n. 469/2007

e-mail: enifoundation@eni.com

sito web: www.eni.com/enifoundation