

BILANCIO 2017



eni



foundation



BILANCIO 2017

Indice

Lettera del Presidente

5

Relazione sulla gestione

6

Bilancio di esercizio 2017

29

Relazione del Collegio dei Revisori
al bilancio dell'esercizio chiuso al 31.12.2017

35





Lettera del Presidente

Eni Foundation prosegue nel suo impegno a tutela dei diritti fondamentali della persona, dalla sopravvivenza allo sviluppo sociale, dalla salute all'istruzione, con uno sguardo particolarmente attento ai bisogni dei soggetti più fragili come mamme, bambini e anziani.

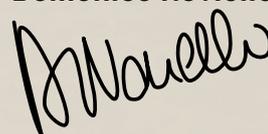
Le attività in Africa, Ghana e Mozambico sono pienamente operative ed è stato avviato un nuovo progetto in un Paese asiatico, il Myanmar. In Ghana è proseguita la realizzazione del progetto per il rafforzamento dei servizi di medicina primaria infantile e materna in tre distretti costieri della Regione Occidentale, per migliorare l'offerta sanitaria e le conoscenze della popolazione e per promuovere maggiore consapevolezza e responsabilità sui temi della salute materno-infantile. Sono state completate le attività di costruzione e riabilitazione delle strutture sanitarie, la fornitura di attrezzature ospedaliere e i corsi di aggiornamento e formazione per il personale. In Mozambico, sono proseguite le attività di formazione per assicurare la continuità assistenziale ai servizi di emergenza chirurgica presso il Centro di Palma e sostenerne la piena operatività funzionale e le azioni previste per la promozione della salute presso le comunità rurali.

Dal 2017 operiamo anche in Myanmar in particolare nella regione arida del Magway, dove in sinergia con le autorità locali vogliamo combattere la malnutrizione migliorando la sicurezza alimentare con un programma integrato che favorisca l'accesso all'acqua sicura, la diversificazione delle colture anche migliorando l'irrigazione dei campi, l'accesso a servizi di assistenza per la salute della popolazione più vulnerabile, compresa l'emergenza ostetrica e l'assistenza neonatale.

Il progetto, come tutte le nostre attività nei Paesi in cui operiamo, è in linea con le strategie di sviluppo del Governo locale, del Ministero della Salute e del Ministero dell'Agricoltura, e prevede anche l'adozione di sistemi informativi digitali e di attività di formazione ed educazione agricola e sanitaria. Di particolare importanza saranno le campagne di Informazione Educazione e Comunicazione a favore delle comunità attraverso programmi radio e diffusione di informazioni utili dal punto di vista agricolo produttivo, di gestione sicura dell'acqua e del cibo, di prevenzione delle malattie trasmissibili e non.

“La promozione della salute è un bene comune indivisibile e condizione fondamentale per la pace e la sicurezza nel mondo” dice l'Organizzazione mondiale della sanità. Questo messaggio è tutto nel cuore di Eni Foundation, del suo board, dei suoi medici, tecnici e operatori che ogni giorno cercano di fare del bene e, soprattutto, di farlo nel migliore dei modi. Crediamo di poterci riuscire.

Domenico Noviello



Relazione sulla gestione



Profilo di Eni Foundation

Eni Foundation è stata costituita alla fine del 2006 per promuovere e realizzare autonomamente, in Italia e nel mondo, iniziative di solidarietà sociale e umanitaria nei settori dell'assistenza, della sanità, dell'educazione, della cultura e dell'ambiente rivolgendosi in particolare alle fasce di popolazione più vulnerabili tra cui i bambini, i soggetti più fragili e indifesi. In linea con il patrimonio di valori che da sempre caratterizza l'operato di Eni, Eni Foundation coerentemente ai valori del Codice Etico, opera nel quadro di riferimento della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani delle Nazioni Unite, delle Convenzioni fondamentali dell'ILO (International Labour Organization) e delle Linee Guida dell'OCSE. Eni Foundation si ispira alla tutela e alla promozione dei diritti umani, inalienabili e imprescindibili prerogative degli esseri umani e fondamento per la costruzione di società fondate sui principi di uguaglianza, solidarietà, per la tutela dei diritti civili e politici, dei diritti sociali, economici e culturali e dei diritti cosiddetti di terza generazione. Eni Foundation rispetta i diritti culturali, economici e sociali delle comunità locali in cui opera e si impegna a contribuire, ove possibile, alla loro realizzazione, con particolare riferimento al diritto alla salute, a un'adeguata alimentazione, all'acqua potabile, al più alto livello raggiungibile di salute fisica e mentale e all'educazione.

Risorse umane

Nel 2016 Eni Foundation si è dotata di una struttura interna per l'esecuzione delle attività della Fondazione tra cui: la Comunicazione Esterna, l'individuazione di nuove iniziative, le attività di collegamento operativo con gli Enti e le Istituzioni nell'ambito delle attività proprie della Fondazione e l'attività di supporto agli adempimenti di competenza in materia di pianificazione, amministrazione e compliance. Inoltre, si avvale delle competenze e know-how di Eni, con cui ha definito un contratto di fornitura di servizi tecnici.

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.

L'attività principale della Fondazione si realizza attraverso iniziative a favore delle fasce vulnerabili della popolazione 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.

Struttura organizzativa

La struttura di Eni Foundation è composta dai seguenti organi:

Consiglio di Amministrazione:
Presidente Domenico Noviello

Consiglieri: Antonio Vella, Marco Bollini, Alberto Piatti, Cristiana Argentino

Segretario Generale: Filippo Uberti

Collegio dei Revisori:
Presidente Paolo Fumagalli,
Vanja Romano, Pier Paolo Sganga

Sintesi delle attività

Ghana

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 2017 sono state completate le attività di costruzione e riabilitazione di strutture sanitarie, fornitura di attrezzature ospedaliere e corsi di aggiornamento e formazione per il personale sanitario e tecnico. Eni Foundation ha finanziato il progetto ed è stato responsabile della sua gestione in collaborazione 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).

Mozambico

In Mozambico, nel 2017 sono proseguite le attività di training on the job per assicurare la continuità assistenziale ai servizi di emergenza chirurgica presso il Centro di Palma e sostenerne la piena operatività funzionale e le azioni previste per la promozione della salute presso le comunità rurali. Dal 2013 Eni Foundation 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 l'Alto Patronato del Gabinetto della First Lady del Mozambico.

Myanmar

Eni Foundation ha avviato nel 2017 in Myanmar nella regione di Magway, nelle township di Magway, Myothit e Minhla il progetto in partnership con il governo del Myanmar per combattere la malnutrizione attraverso il miglioramento della sicurezza alimentare, della nutrizione e dello stato di salute della popolazione più vulnerabile. La superficie totale delle tre township è di circa 5.700 Km² e i beneficiari del progetto sono circa 594.288. Il progetto si concentra in particolare su tre settori: servizi orientanti al miglioramento della produttività e della resilienza di piccoli produttori agricoli anche attraverso l'implementazione di sistemi di irrigazione; approvvigionamento di acqua potabile sicura e di servizi igienico-sanitari; servizi di assistenza sanitaria di base. Nel corso del 2017 sono stati completati gli studi di fattibilità anche con il supporto del partner scientifico dell'Università di Milano ed è stato firmato il Memorandum of Understanding con il dipartimento di sanità pubblica, Ministero della salute, assistito dal Ministero dell'Agricoltura che sancisce la piena condivisione e collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi di progetto.

La salute dell'infanzia

Gli obiettivi di Sviluppo del Millennio lanciati negli anni '90 dalle Nazioni Unite includono tra gli altri la riduzione della mortalità materna e infantile tra gli indicatori fondamentali di sviluppo (MDG 4 e 5). Nel 1990 l'obiettivo fissato era quello di una riduzione dei 2/3 entro il 2015. Tuttavia, nonostante i progressi costanti soprattutto a partire dal 2000 il miglioramento si è dimostrato inferiore alle aspettative e ciò ha portato all'adozione da parte delle Nazioni Unite di nuovi obiettivi di sviluppo sostenibili (SDGs). Tra essi, in ambito di salute materno-infantile, la cessazione di morti evitabili di neonati e bambini sotto i 5 anni e la riduzione della mortalità materna a meno di 70 per 100.000 nati vivi entro il 2030.

A livello globale, i decessi tra i bambini di età inferiore ai 5 anni sono diminuiti di un terzo tra il 1990 e il 2015 passando drasticamente da 12.700.000 a 5.900.000. 1 bambino su 12 in Africa Sub-Sahariana muore prima del suo quinto compleanno, una media di gran lunga superiore al rapporto medio di 1 a 147 nei Paesi ad alto reddito. Il Sud-Est Asiatico, dove la media è di 1 bambino morto ogni 19, ha il secondo più alto tasso di mortalità sotto i cinque anni nel mondo dopo l'Africa Sub-Sahariana.

Le principali cause di mortalità infantile registrate globalmente sono la polmonite, la diarrea, la malaria e le malattie infettive. Queste malattie sono responsabili di oltre la metà di tutti i decessi in Africa Sub-Sahariana.

La polmonite è causa del 15% di tutti i decessi sotto i 5 anni, e ha ucciso circa 922.000 bambini nel 2015. Le malattie diarroiche seguono.

Una buona alimentazione, un ambiente pulito, l'accesso a integratori salini e di zinco e nuovi vaccini introdotti di recente come anti pneumococco e rotavirus, sono tutti fattori che possono aiutare a diminuire l'incidenza sia di polmoniti sia di malattie diarroiche.

Il rotavirus, in particolare, è la causa più comune di diarrea grave nei bambini. Ogni anno ne uccide più di 450.000 di età compresa tra 6 e 24 mesi, la metà dei quali in Africa. La vaccinazione su larga scala contro il rotavirus è pertanto essenziale per ridurre il numero di decessi attribuibili a gastroenteriti soprattutto in quelle aree dove i servizi sanitari non sono facilmente accessibili.

La malaria è invece causa dell'8% delle morti di bambini a livello globale. Nel 2015 ha ucciso circa 306.000 bambini sotto i 5 anni tra cui 292.000 bambini nella regione africana con il 35% del totale mondiale solo nella Repubblica Democratica del Congo e in Nigeria.

Delle 5,9 milioni di morti infantili nel 2015, quasi la metà sono state causate da malattie infettive prevenibili attraverso la vaccinazione; solo il morbillo è stato responsabile di 114.900 decessi nel 2014.

Infine, la malnutrizione contribuisce a circa la metà di tutti i decessi sotto i 5 anni, così come altri problemi, come ad esempio minore resistenza alle infezioni, problemi alla vista e carenza di vitamina A, che causa ritardi nella crescita.

All'interno del fenomeno della mortalità infantile, ha grande rilievo la quota dei decessi neonatali: su circa 131,4 milioni di bambini che nascono nel mondo ogni anno, quasi 2 milioni muoiono nella prima settimana di vita. Tra i fattori principali, come anche per la mortalità materna, figurano uno stato di salute precario e specifiche patologie della madre non adeguatamente trattate durante la gravidanza, che possono provocare nascite premature e gravi disabilità permanenti nel bambino.

Nonostante ciò, grazie agli sforzi congiunti di tutti gli organismi internazionali e delle politiche nazionali più attente alla salute dei propri cittadini, negli ultimi anni, assistiamo a un marcato calo generale dei livelli di mortalità che sono il risultato del miglioramento dei servizi di vaccinazione, e, più in generale, di un migliore accesso ai servizi sanitari di base per la popolazione infantile.

Ghana



Dati del Paese

Popolazione (migliaia) (fonte: UNICEF 2013)	25.905
- sotto i 18 anni (migliaia)	11.601
- sotto i 5 anni (migliaia)	3.677
Speranza di vita alla nascita (anni) (fonte: DHS 2014)	65
Tasso di mortalità infantile (su 1.000 nati vivi) (fonte: DHS 2014)	
- 0-5 anni	60
- 0-12 mesi	41
- neonatale	29
% nati sottopeso [2006-2010] (fonte: DHS 2014)	11,2
% bambini 0-5 anni sottopeso (moderato e grave 2006-2010)	11
% bambini 0-5 anni con ritardo nella crescita (moderato e grave 2003-2009)	19
Tasso di mortalità materna (su 100.000 nati vivi - 2008) (fonte: WHO 2015)	319
Rischio di mortalità materna nel corso della vita (fonte: WHO 2014)	1 su 66
Reddito nazionale lordo pro-capite (US \$) (fonte: UNICEF 2013)	1.590
Spesa per la sanità (fonte: WHO 2015)	
- come % del prodotto interno lordo	5,4
- come % della spesa statale [2010]	10,6

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

Introduzione

Il Ghana, con una popolazione di circa 27 milioni di abitanti nel 2014, mantiene la propria posizione di secondo Paese più popolato dell'Africa occidentale dopo la Nigeria.

L'agricoltura, che in precedenza costituiva la maggiore fonte economica, è stata superata dal settore dei servizi e dell'industria che costituiscono insieme il 52% del prodotto interno lordo (PIL).

Le materie prime principalmente esportate sono il cacao, l'oro, il legname così come il petrolio, il gas, i diamanti, la bauxite e il manganese, che insieme alle rimesse degli espatriati costituiscono la fonte primaria di valuta pregiata.

Il PIL del Paese dal 2010 al 2016 ha visto una riduzione della crescita percentuale dal 7,9 al 3,6, tuttavia il reddito pro-capite stimato a \$1.590/anno (UNICEF 2014) fa del Ghana uno fra i Paesi di categoria lower middle-income.

Secondo i dati della Banca Mondiale, il Ghana ha fatto un significativo progresso nella riduzione della povertà, conseguendo l'obiettivo di sviluppo del millennio che prevedeva di dimezzare dal 52% al 24% i tassi di povertà tra il 1991 e il 2015. Le prospettive di crescita a lungo termine del Ghana rimarranno positive se la stabilizzazione della fornitura energetica rimarrà costante e l'impegno all'aggiustamento fiscale pianificato con il sostegno del Fondo Monetario Internazionale e altri organismi di sviluppo verrà rispettato.

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 Demographic Health Survey svoltosi del 2014, il tasso di mortalità dei bambini sotto i 5 anni è di 60 ogni mille nati e il tasso di mortalità materna è di 319 ogni 100.000. I dati indicano inoltre che l'87% delle donne incinte effettuano le 4 visite prenatali raccomandate e che il 68% di essere partorisce con l'assistenza di personale sanitario qualificato. L'accesso della popolazione a fonti di acqua potabile ha raggiunto livelli dell'87%, il che ha permesso al Ghana di raggiungere l'Obiettivo del Millennio anche per quanto riguarda la disponibilità di acqua potabile.

Aree di intervento

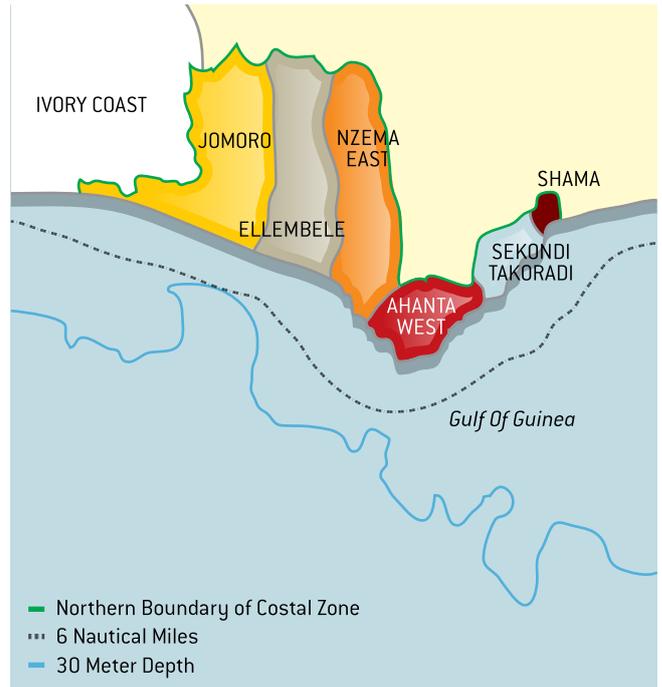
Le aree di intervento del progetto sono distribuite in tre distretti costieri della Regione Occidentale del Ghana: Jomoro, Ellembele, Ahanta West, dove risiedono circa 380.000 persone, distribuite prevalentemente in aree rurali e isolate, di cui oltre 80.000 sono bambini da 0 a 10 anni e circa 70.000 donne in età fertile. Inoltre 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 GHS regionali del 2015 riportano che in tutta la Regione Occidentale sono presenti solo 93 medici (1 ogni 26.000 abitanti) e 4 dentisti (1 ogni 650.000 abitanti).

Ahanta West con una popolazione di 117.000 abitanti 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 a oltre 1 ora per raggiungere la più vicina struttura sanitaria.

Ellembele, con una popolazione di 97.000 persone, 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.

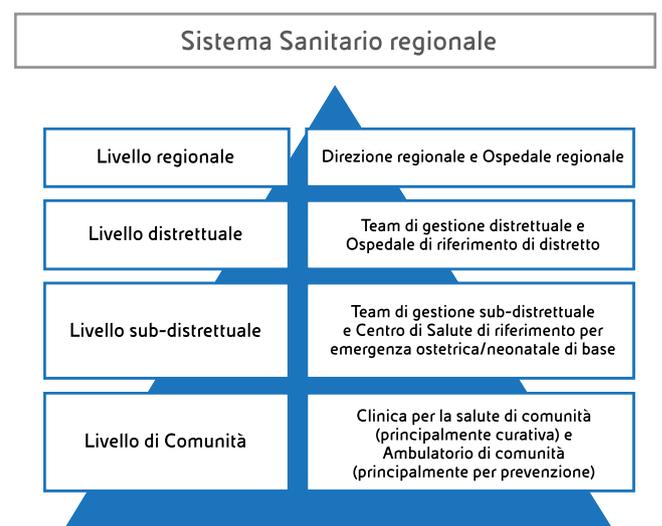
Anche il Distretto di **Jomoro**, con una popolazione di 166.000 persone, è un distretto costiero, e confina con la Costa d'Avorio. Circa il 30% del territorio si trova entro la fascia dei 25 minuti per il raggiungimento



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 si è posto l'obiettivo di sostenere le Autorità Sanitarie Ghanesi nel miglioramento dei servizi di medicina materno-infantile. L'iniziativa si è concentrata su 3 distretti costieri della Regione Occidentale e ha inteso migliorare l'accesso ai summenzionati servizi 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, il riferimento dei pazienti non trattabili in loco ai livelli superiori (Centri di Salute e Ospedali di distretto) secondo la gravità del caso.

Il Progetto, ha inteso intervenire ad ogni livello nella gestione e nella erogazione di servizi sanitari 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.

Partner e ruoli

Eni Foundation 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, ha giocato un ruolo fondamentale nella Governance del Progetto e nell'avallo della strategia che ha sottinteso all'iniziativa di Eni Foundation;
- l'Agenzia pubblica Ghana Health Service, che su incarico del suddetto Ministero, gestisce le strutture sanitarie pubbliche provvedendo a personale, 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.

Durata e costi

2012-2017 (8 milioni di euro).

Risultati attesi

Il progetto, in linea con le strategie del Ministero della Salute locale, ha mirato a sostenere l'azione delle Autorità Sanitarie nel raggiungimento degli obiettivi di miglioramento della salute materna e riduzione della mortalità infantile. Il progetto ha previsto il conseguimento dei seguenti risultati:

- 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. Il progetto ha intrapreso la costruzione di 8 nuovi 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 ha previsto di 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 sono stati completamente equipaggiati secondo gli standard forniti dallo stesso Ministero della Salute ghanese e hanno ricevuto in dotazione motociclette adeguate a permettere gli spostamenti del personale verso le rispettive comunità. Sono stati previsti corsi di aggiornamento professionale per tutto il personale che presta servizio in queste nuove strutture, così come l'implementazione di attività comunitarie di Informazione, Educazione e Comunicazione. Gli stessi CHPS hanno consentito 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;

- per il 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) è stata effettuata la riabilitazione e/o upgrade di 10 Centri di Salute (1 in Ahanta West, 4 in Jomoro e 5 in Ellembele). In particolare, i Centri di Salute in Agona Nkwanta (Ahanta West) e di Aidoo Suazo (Ellembele) hanno potuto migliorare il numero degli accessi e la qualità dei servizi erogati grazie alla realizzazione di un Pronto Soccorso (Agona) e di un Reparto Maternità (Aidoo). Anche per il personale di questi Centri di Salute sono stati erogati corsi di aggiornamento professionale per il rafforzamento della qualità dei servizi erogati. Tutti i Centri di Salute hanno avuto la possibilità di completare il loro equipaggiamento medico grazie alla fornitura delle attrezzature mancanti oppure non funzionanti. È inoltre stata portata a termine la fornitura di 4 ambulanze 4X4 per garantire l'accesso ai casi in emergenza dal territorio e di 1 battello ambulanza per il distretto di Jomoro, zona lagunare, dove 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 è provveduto alla costruzione di una nuova sala operatoria presso l'Ospedale distrettuale di Half Assini (Jomoro), completa di tutte le attrezzature; si è provveduto 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 stata prevista inoltre la costruzione di un nuovo reparto 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 ha usufruito 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, infermieristico, tecnico e amministrativo a livello regionale e distrettuale. Al riguardo, sono stati organizzati, anche con la partecipazione di istituzioni internazionali, corsi tesi alla riqualificazione del personale responsabile dei servizi ai vari livelli del Sistema. Gli ambiti trattati dai corsi sono stati: management sanitario; ottenimento ed elaborazione dei dati sanitari ed epidemiologici; pianificazione, monitoraggio & valutazione, coinvolgendo tutti i livelli (da comunitario a regionale) al fine di rinforzare l'intero Health Management Information System. Le scuole di formazione infermieristica di Asante ed Esiana sono state fornite di attrezzature didattiche e multimediali. Gli uffici regionali Ghana Health



Service hanno ricevuto attrezzature informatiche per permettere l'ammodernamento della gestione dati. Per il monitoraggio del progetto e la valutazione del suo impatto locale, è stata condotta una Knowledge Attitude Practice baseline survey per la raccolta di indicatori sanitari di base basati anche su attitudini e usi della popolazione locale nelle aree in cui sono sorti i CHPS Compound di nuova costruzione. A distanza di 2 o 3 anni dal termine delle attività di progetto, potrà essere eseguita un'ulteriore survey comparativa per la valutazione dell'impatto dell'iniziativa.

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 ha mirato a supportare il miglioramento dell'offerta sanitaria (providers) oltre che la richiesta di servizio (users).

Il programma ha incluso:

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;
4. studio sull'uso della Clorexidina per la disinfezione del cordone ombelicale.

Attraverso tutte queste azioni congiunte il progetto ha inteso 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) ed enfatizzare i fattori che influenzano 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.

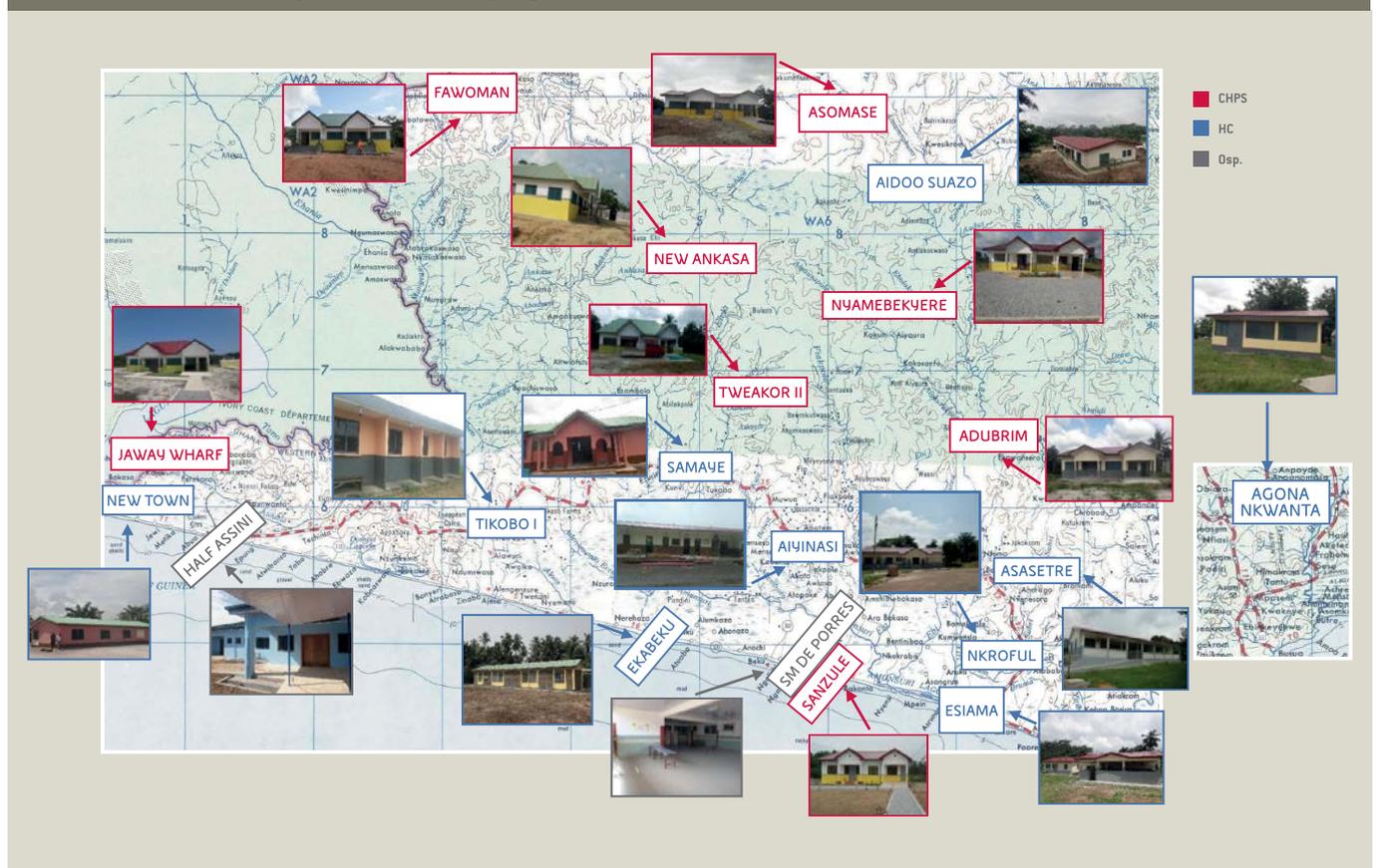
In linea con tale approccio, il progetto ha preferito pertanto l'uso di risorse locali nei lavori di costruzione/riabilitazione oltre ad

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 svolte a fine 2017

Alla conclusione del progetto, 20 strutture sanitarie sono state costruite o ristrutturate, equipaggiate e dotate di acqua ed elettricità. In particolare: sono stati costruiti 8 CHPS compounds (Jaway Wharf, Fawoman, New Ankasa e Tweakor II nel distretto di Jomoro e Asomase, Sanzule, Edubrim, Aidoo Suazo e Nyamebekyere in quello di Ellembele; sono stati ristrutturati 9 Health Centres (Asasetre, Nkroful, Aiyinasi, Esiama in Ellembele, Ekabeku, Tikobo No.1, Samaye e New Town in Jomoro e Agona Nkwanta nel distretto di Ahanata West). Inoltre, è stato costruito il blocco antenatale nell'Ospedale di SMdP nel distretto di Ellembele ed è stato rinnovato l'Ospedale di Half Assini in quello di Jomoro. Di seguito si riporta una distribuzione spaziale dei siti di intervento che illustra la disposizione utile a favorire la dislocazione dei Centri di Salute come fulcro della rete dei Servizi di Emergenza Ostetrica/Neonatale di base rispetto agli ospedali di riferimento. Questi ultimi invece come elementi cardine per la erogazione di ulteriori servizi (Chirurgici e Trasfusionali) tipici delle Emergenze Ostetriche e Neonatali Comprensive.

Avanzamento lavori presso i siti del progetto (dicembre 2017)



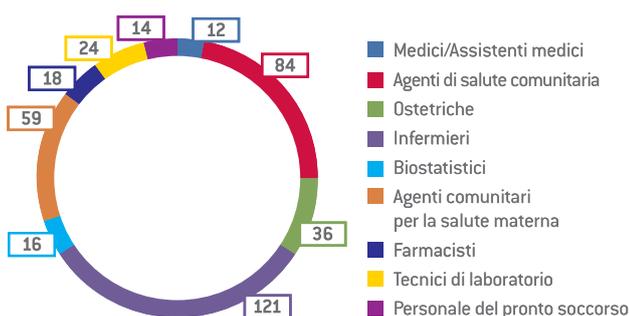
Per quanto riguarda il programma formativo, in generale, 384 operatori sanitari sono stati formati su temi specifici legati alla professione e nello specifico: 51 a livello CHPS, 196 al livello di centro medico, 128 al livello ospedaliero e 9 a livello distretto/regionale.

Di questi, **12** Medici/assistenti **84** Agenti Sanitari Comunitari, **36** Ostetriche, **121** Infermiere, **16** Biostatistici, **59** Volontari di salute comunitaria, **18** Farmacisti, **24** Tecnici di laboratorio, **14** Personale del Pronto Soccorso.

Tabella 1

Distretto	CHPS	HC	OSP	DISTR/REG	Totale
Jomoro	27	66	66	0	159
Ellembele	22	83	62	9	176
Ahanta West	2	47	0	0	49
Totale	51	196	128	9	384

N. totale di Personale Sanitario Formato (384)



In riferimento al programma di Information, Education and Communication, a fine 2016 sono stati ottenuti i seguenti risultati:

- 5.951 sessioni di IEC si sono svolte in 141 villaggi dei 3 distretti dall'inizio del progetto a giugno 2016;
- la popolazione dei 3 distretti (388.000 persone circa) sono state oggetto di 433 radio talk show sui temi della salute materno infantile, 8.922 advert/jingle sono state trasmesse alla radio su temi specifici;

- 106.000 materiali informativi sui temi della salute infantile sono stati distribuiti in forma di leaflet, gadget ecc. alla popolazione dei tre distretti.

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 basata sull'assunto che l'assistenza erogata a livello comunitario 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 fisiche e culturali. La Policy Nazionale per i CHPS ha anche subito una fase di revisione che ha contemplato una maggiore capacità di cura delle patologie endemiche e di assistenza al parto fisiologico.

Costruzioni

Al fine di supportare l'impegno nazionale nell'estendere la rete CHPS Eni Foundation ha previsto la costruzione di 8 CHPS compound con l'obiettivo di supportare l'estensione dei servizi di salute comunitaria ad aree meno servite. I lavori di costruzione si sono svolti sotto la diretta responsabilità delle due District Assemblies (DAs) e con la supervisione di Eni Foundation.

Eni Foundation ha monitorato il work progress dei lavori di costruzione su base settimanale. Le 102 supervisioni effettuate nel 2016 sono state funzionali a garantire che:

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

Inoltre, a partire dal 2014 sono stati organizzati 3 Comitati di Sorveglianza (1 per distretto) al fine di monitorare congiuntamente con i partner di progetto i lavori di costruzione e riabilitazione. I Comitati di Sorveglianza istituiti sono stati composti da un team di Eni Foundation, da 5 membri nominati per ognuna delle District Assemblies e da 1 rappresentante del GHS. Questo sistema ha rappresentato un ulteriore meccanismo di controllo molto apprezzato dai partner di progetto ed atto a garantire che i lavori si svolgessero secondo gli standard e nei tempi previsti assicurando allo stesso tempo che la metodologia generale di progetto fosse implementata (partecipazione e ownership delle attività di progetto).

Tabella 2 - Progress livello comunitario

Attività	Pianificato			Realizzato		
	8 CHPS	DA/Prolink	CHPS Compound	Avanzamento lavori % a Dic 2015	Attrezzature	Completo (acqua ed elettricità)
Costruzione	1.	DA	Jaway Wharf	100%	Sì	26/07/2014
	2.	DA	Nyamebekyere	100%	Sì	07/08/2014
	3.	DA	Sanzule	100%	Sì	15/06/2015
	4.	DA	Fawoman	100%	Sì	30/10/2015
	5.	Prolink	Tweakor II	100%	Sì	28/11/2015
	6.	Prolink	New Ankasa	100%	Sì	28/11/2015
	7.	Prolink	Adubrim	100%	Sì	30/06/2016
	8.	Prolink	Asomase	100%	Sì	29/07/2016

Servizi Erogati nei CHPS

I CHPS compound, una volta aperti, hanno erogato servizi sanitari quali 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 alla popolazione dell'area bersaglio. Attualmente, i CHPS compound che erogano servizi alla popolazione sono i seguenti: Nyamebekyere, Jaway Wharf, Sanzule, Fawoman, Tweakor II, New Ankasa e Asomase.

In totale, a partire dal 2014 sono state effettuate 20.562 visite di cui 11.563 solo nel 2016, laddove prima della costruzione dei CHPS nessuna visita era possibile.

A fine 2016 si sono tenute 1.843 consultazioni di pianificazione familiare, 15.760 visite ambulatoriali, di cui 6.292 a bambini sotto i 5 anni,

431 sessioni di promozione sanitaria e cure ambulatoriali ai bambini, 2.318 visite a domicilio, 91 visite di outreach postnatale, 8 parti d'emergenza e 111 sessioni di informazione sanitaria nelle scuole.

Le tre più comuni condizioni cliniche trattate ai CHPS compound sono state: malaria, malattie respiratorie acute e reumatismi. In particolare nella fascia bambini sotto i 5 anni sono stati registrati 1.519 casi di cui 1.050 di malaria, 334 di diarrea e 135 di vermi intestinali indicando che il lavoro di prevenzione sui temi di malaria e igiene sono ancora una priorità soprattutto nelle aree rurali del Paese.

Vaccinazioni

Il programma vaccinale nazionale punta a proteggere la popolazione attraverso la vaccinazione preventiva nell'infanzia. Le vaccinazioni elargite a livello dei CHPS compound consiste di: 1.747 vaccini som-

Tabella 3 - Servizi Elargiti ai CHPS di Jaway Wharf, Nyamebekyere, Sanzule, Fawoman, New Ankasa, Tweakor II, Asomase

Totale servizi erogati Jaway Wharf, Nyamebekere, Sanzule, Fawoman, New Ankasa, Tweakor II, Asomase CHPS Services	Jaway Wharf	Nyamebekere	Sanzule	Fawoman	New Ankasa	Tweakor II	Asomase	Tot
Pianificazione familiare	944	228	112	58	142	213	146	1.843
Visite mediche totali (Adulti + Bambini <5)	6.238	4.295	2.249	679	194	268	1.837	15.760
Visite bambini <5	2.271	1.860	741	358	88	117	857	6.292
Malaria	2.446	2.237	965	400	159	232	1.129	7.568
Diarrea	465	408	230	83	41	22	6	1.255
Vermi intestinali	547	372	200	108	35	39	35	1.336
Reumatismi	556	353	363	71	27	2	75	1.447
Anemia	52	143	156	0	0	0	5	356
Infezioni del cavo orale	6	15	0	0	0	0	0	21
Altre condizioni del cavo orale	5	0	0	0	0	0	0	5
Perdite vaginali	4	0	0	0	0	0	0	4
Incidenti domestici	26	13	2	0	0	0	1	42
Infezioni respiratorie acute	1.903	863	573	153	35	43	330	3.900
Sessioni di promozione della salute e visite dei bambini a domicilio	159	154	43	25	20	18	12	431
Visite a domicilio	930	497	455	19	251	49	117	2.318
Visite a domicilio postnatali	84	1	0	0	6	0	0	91
Parti d'emergenza	4	4	0	0	0	0	0	8
Informazione sanitaria nelle scuole	40	33	11	4	8	3	12	111
Totale	8.399	5.212	2.870	785	621	551	2.124	20.562
Totale generale	20.562							

Nota: La somma totale non tiene conto della colonna Visite Ambulatoriali ai bambini in quanto il dato è incluso nel Totale Visite Ambulatoriali.

Tabella 4 - Risultati Vaccinali a Livello CHPS (Jaway Wharf, Nyamebekyere, Sanzule, Fawoman, New Ankasa, Tweakor II e Asomase)

2016	CHPS	BCG	OPV/ Polio 0	OPV/ Polio 1	OPV/ Polio 2	OPV/ Polio 3	PCV 1	PCV 2	PCV 3	Penta 1	Penta 2	Penta 3	Rotavirus 1	Rotavirus 2	Morbillo, Rosolia	Morbillo 2	Febbre Gialla	Tot
	Jaway Wharf	152	48	286	302	310	298	322	321	298	324	321	289	291	331	267	336	4.496
	Nyamebekyere	138	108	190	226	266	199	245	272	191	227	265	194	197	236	219	237	3.410
	Sanzule	0	0	75	74	87	76	74	85	79	73	89	73	73	58	67	57	1.040
	Fawoman	96	8	97	108	128	90	93	120	99	104	128	98	108	72	78	47	1.474
	New Ankasa	54	7	51	37	47	53	38	46	53	35	45	48	33	56	48	38	689
	Tweakor II	45	2	42	54	56	40	47	61	43	55	60	43	52	49	69	28	746
	Asomase	61	65	57	75	87	53	62	70	75	97	113	37	52	48	67	16	1.035
Totale generale		546	238	798	876	981	809	881	975	838	915	1.021	782	806	850	815	759	12.890

Nota: Fawoman, New Ankasa and Tweakor II CHPS operative da aprile e Asomase da settembre 2016.

ministrati nel 2014, 4.078 vaccini nel 2015 che sommati ai 7.068 vaccini somministrati nel 2016 portano a un totale di 12.890 vaccinazioni somministrate durante l'anno.

Information, Education and Communication (IE&C)

– Sensibilizzazione IEC

Le attività di Informazione Educazione e Sensibilizzazione rivolte alle comunità residenti nelle aree dei CHPS sono state implementate in quattro siti dalle District Assemblies e in altri 4 siti dall'Ong Prolink. Tutti i 50 villaggi target a livello comunitario sono stati oggetto di sessioni IEC nel 2015. Sono state organizzate in tutto 114 sessioni di cui 49 nel 2015 su temi quali l'allattamento al seno, lo svezzamento, Igiene, Nutrizione, Salute Materna ecc.

Il programma di IEC gestito in collaborazione alle District Assemblies è iniziato nel 2014 e si è concluso a dicembre 2015.

Ulteriori sessioni IEC sono state effettuate all'interno del programma più comprensivo e orientate non solo a informazione ed educazione ma più incisivamente a un reale cambiamento **delle attitudini scorrette in materia di salute materno-infantile.**

Training

51 operatori sanitari sono stati beneficiari di 6 sessioni formative organizzate come segue: 3 sessioni per Community Health Officers e Community Health Nurses, 1 sessione per ostetriche, 2 sessioni per Assistenti Comunitari Volontari e assistenti alla salute materna. Segue il breakdown per struttura sanitaria:

Tabella 5 - Personale Sanitario CHPS oggetto di training

Distretto	Tipo	Location	N. staff formato	CHO/CHN		Ostetriche	CHV/MHV	
				1ª sessione	2ª sessione	3ª sessione	4ª sessione	5ª - 6ª sessione
				Marzo 2015	Aprile 2015	Giugno/Luglio 2015	Luglio 2015	Gennaio/Febbraio 2016
n. di personale formato nei CHPS Eni Foundation								
Jomoro	CHPS	New Ankasa	5	1	1	0	0	3
	CHPS	Tweakor II	2	0	1	0	0	1
	CHPS	Jaway Wharf	7	1	1	1	1	3
	CHPS	Fawoman	5	1	1	1	0	2
	CHPS	Effasu	4	0	1	1	0	2
	Totale			23	3	5	3	1
Ellebebe	CHPS	Adubrim	4	2	0	0	0	2
	CHPS	Asanta	4	0	1	1	0	2
	CHPS	Asomase	3	1	0	1	0	1
	CHPS	Nyamebekyere	5	0	1	1	0	3
	CHPS	Sanzule	5	1	1	1	0	2
	Totale			21	4	3	4	0
Totale			44	7	8	7	1	21
n. personale formato da altre strutture sanitarie								
Jomoro	CHPS	Nuba	2	0	0	1	0	1
	CHPS	Old Edobo	1	1	0	0	0	0
	CHPS	Mpata	1	1	0	0	0	0
	Totale			4	2	0	1	0
Ellebebe	CHPS	Azuleloanu	1	1	0	0	0	0
	Totale			1	1	0	0	0
Ahanta West	CHPS	Facin	1	1	0	0	0	0
	CHPS	Akentechie	1	0	0	0	0	1
	Totale			2	1	0	0	1
Totale			7	4	0	1	0	2
Totale generale			51	11	8	8	1	23

Lo staff dei CHPS oggetto di formazione include i funzionari di salute comunitaria, le infermiere comunitarie, le ostetriche e 1 biostatistico. Il personale sanitario delle diverse strutture ha partecipato a sessioni organizzate ad hoc per categorie professionali per favorire lo scambio di informazioni ed esperienza tra operatori che lavorano in diverse strutture e massimizzare così i risultati della formazione. Alla fine delle sessioni formative segue un periodo di on the job monitoring al fine di consolidare le nuove conoscenze apprese.

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

Attività a livello sub-distrettuale

Eni Foundation, a livello sub-distrettuale (centri medici), ha puntato al miglioramento dei servizi di salute materno-infantili (prenatale,

neonatale e pediatrico) oltre che al potenziamento dei servizi base di emergenza ostetrica e neonatale.

Costruzioni

Al fine di contribuire al raggiungimento del suddetto risultato, sono state intraprese e portate a termine, oltre alle attività di costruzione/riabilitazione, fornitura di equipaggiamenti e mezzi di trasporto ai 10 Centri di Salute e agli 8 CHPS compund, sono state completate le attività di educazione sanitaria delle popolazioni (IEC) e di formazione del personale:

Information Education Communication (IEC)

Il progetto ha sviluppato un programma IEC maggiormente orientato al Behavioural Change. Di fatto, il coinvolgimento delle comunità nella pianificazione delle attività di sensibilizzazione, nella formulazione del messaggio e nella sua distribuzione alla comunità stessa è un passaggio essenziale affinché l'informazione veicolata abbia un reale impatto sui comportamenti tradizionali nella gestione della salute di mamma e bambino.

Per rendere più efficace il programma di sensibilizzazione, il progetto ha quindi condotto una prima fase di progettazione del programma di Behavioural Change con la partecipazione degli stakeholder principali (GHS e comunità) riconoscendo in questo modo il ruolo essenziale che i leader delle comunità giocano nell'influenzare le scelte individuali dei membri della comunità stessa. A questa prima fase, è poi seguita la fase di implementazione vera propria dell'attività di Behavioural Change con distribuzione di materiale informativo, creazioni di club

ad hoc, informative radiofoniche e talk show a livello locale, sessioni informative nelle scuole e altro.

Inoltre, mentre l'attività delle District Assemblies era atta a informare la popolazione nelle aree dei CHPS sulla salute materno-infantile, il Programma sviluppato con l'ente esecutore (Prolink) è stato diretto all'intera popolazione del distretto coinvolgendo così la popolazione residente nelle aree dei CHPS dei Centri Medici e degli Ospedali coinvolti nella iniziativa.

Nel complesso l'attività di IEC ha raggiunto circa 200.000 persone attraverso 5.246 sessioni di sensibilizzazione e 388.000 persone attraverso 433 radio talk show, 8.922 jingle sui temi della salute materno-infantile. Inoltre sono stati distribuiti approssimativamente 106.000 materiali informativi.

Training

In totale, il personale sanitario al livello di health center ha partecipato a 16 sessioni formative di cui:

3 sessioni indirizzate ai Community Health Officers e Community Health Nurses, 1 sessione per medici e assistenti medici, 2 sessioni per ostetriche, 4 sessioni per infermiere, 1 sessione per biostatistici, 2 sessioni per Assistenti Comunitari Volontari/ Assistenti Materni Sanitari, 1 sessione per farmacisti, 1 sessione per tecnici di laboratorio e una sessione per personale del pronto soccorso.



Sono stati complessivamente formati 196 personale sanitario, di cui: 10 assistenti, 34 Community Health Officers e Community Health Nurses, 17 ostetriche, 59 infermiere, 8 Bistatistici, 34 CHO/MHV, 10 farmacisti, 14 tecnici di laboratorio e 10 professionisti del pronto soccorso.

Ogni categoria di personale sanitario è stata formata su temi specifici connessi alla propria attività lavorativa e anche in questo caso il personale sanitario di diverse strutture ha partecipato a sessioni di training comuni. I temi sviluppati durante i corsi formativi sono stati scelti in modo da essere specifici per ogni categoria professionale, per cui le infermiere sono state formate per esempio su Quality Assurance, Prevenzione dalle infezioni, HIV e AIDS test e counseling, codice etico, Occupational health, mentre i biostatistici su temi quali conoscenze informatiche di base, gestione dell'informazione sanitaria, archiviazione dei dati.

In seguito alla formazione delle infermiere del Centro Medico di Tikobo 1, alcune madri hanno dichiarato: "Le infermiere, durante la sessione di Child Welfare Clinic ci hanno dato informazioni su come curarci della salute del bambino, su allattamento, svezzamento e nutrizione. Le infermiere ci hanno spiegato e dimostrato quali sono i cibi nutrienti locali come per esempio il pesce in polvere e i cereali invece di costosi prodotti in scatola. In questo modo possiamo risparmiare e nutrire meglio i nostri figli. Abbiamo bisogno di altre dimostrazioni come questa in modo da prenderci meglio cura dei nostri figli".

Ambulanze

Le 4 ambulanze 4X4 sono state consegnate ai 3 District Health Directorate a gennaio 2015. Le vetture sono pertanto operative e

forniscono i seguenti servizi nelle aree di Esiama, Aido Suazo, Agona Nwanta e all'ospedale distrettuale di Half Assini. Le ambulanze offrono i servizi di Trasporto d'emergenza (emergenze e riferimento dei malati da strutture sanitarie di base a Centri Medici e/o Ospedali), facilitano le attività di IEC e Monitoring oltre che i programmi sanitari nell'intero distretto.

In totale le ambulanze sono state usate 401 volte di cui: 222 per riferire i malati da una struttura ad un'altra, 115 chiamate d'emergenze, 45 attività di outreach e 19 visite di monitoraggio.

Per quanto riguarda la barca ambulanza, il cui obiettivo è quello di fornire servizi di Emergenza ostetrico-neonatale di base, attività di IEC, di CWC e di Outreach a una comunità di oltre 4.000 persone lungo la laguna di Juan, essa è stata consegnata al District Health Directorate in febbraio 2015. Nel corso dell'anno la barca è stata usata per le attività suddette e sono stati raggiunti tutti i villaggi lungo la laguna. La barca ambulanza è dotata di 15 posti a sedere ed è equipaggiata con ossigeno, kit rianimazione, box medicine e altre attrezzature di emergenza.

Pacchetto base per Servizi Elargito ai Centri Medici operativi:

Asasetre, Nkroful, Ekabeku, Tikobo No.1, Aiginasi, New Town, Samaye, Agona Nkwanta e Esiama HC's: Questi 9 centri medici offrono un pacchetto di servizi che comprendono le Child Welfare Clinics (incluse le vaccinazioni dei bambini sotto i 5 anni), le attività di promozione della salute, le visite ambulatoriali, family planning, visite a domicilio incluse le post-natali, educazione sanitaria nelle scuole, parti d'emergenza, PMTCT come da tabella di seguito riportata.

Tabella 6 - Servizi forniti ad Asasetre, Nkroful, Ekabeku, Tikobo No.1, Aiginasi, New Town, Samaye, Esiama and Agona Nkwanta Health Centers

Tipi di servizio erogato fino a novembre 2016	ASASETRE	NKROFUL	EKABEKU	TIKOBO NO.1	AIYINASI	NEW TOWN	AGONA NKWANTA	SAMAYE	ESIAMA	TOTALE GENERALE
Pianificazione familiare	450	620	85	285	443	280	535	110	200	3.008
Visite mediche totale (Adulti + bambini <5 anni)	12.108	18.419	2.583	3.868	22.991	900	11.780	2.133	8.783	83.565
Visite mediche bambini <5	4.458	5.404	626	1.027	5.809	267	3.111	544	2.319	23.565
Malaria	6.574	8.233	918	733	5.158	258	2.033	638	1.215	25.760
Diarrea	1.798	2.397	268	235	760	11	794	113	1.035	7.411
Vermi intestinali	261	738	122	274	1.076	110	319	24	587	3.511
Reumatismi	793	2.252	153	241	584	30	257	160	1.072	5.542
Anemia	307	1.498	4	5	618	2	787	0	36	3.257
Infezioni del cavo orale	0	0	13	32	0	0	0	16	0	61
Altre condizioni del cavo orale	0	0	6	0	0	0	0	0	0	6
Perdite vaginali	0	63	7	5	72	0	0	5	55	207
Incidenti domestici	10	125	17	26	104	4	0	1	16	303
Infezioni respiratorie acute	4.427	6.121	391	727	2.523	261	765	276	2.051	17.542
PMTCT (Rif tab 8)										
Promozione della Salute (visite a domicilio dei bambini)	69	69	189	93	30	97	25	529	24	1.125
Visite a domicilio	1.047	262	280	75	133	277	0	80	434	2.588
Informazioni sanitarie nelle scuole	18	14	2	3	9	51	0	0	5	102
Totale	13.692	19.384	3.139	4.324	23.606	1.605	12.340	2.852	9.446	90.388

Nota: La somma totale non tiene conto della colonna Visite Ambulatoriali ai bambini in quanto il dato è incluso nel Totale Visite Ambulatoriali.

Tabella 7 - Risultato vaccinazioni negli HC operativi

HC	Fino a Dic	BCG	OPV/ Polio 0	OPV/ Polio 1	OPV/ Polio 2	OPV/ Polio 3	PCV 1	PCV 2	PCV 3	Penta 1	Penta 2	Penta 3	Rotavirus 1	Rotavirus 2	Morbillo, Rosolia	Morbillo 2	Febbre Gialla	Totale
Asasetre	Dic	628	158	676	626	231	700	651	698	712	670	667	701	617	629	417	594	9.375
Nkroful	Dic	118	23	105	113	77	98	117	110	99	124	118	106	120	125	87	130	1.670
Ekabeku	Dic	19	3	25	22	23	27	29	28	27	29	28	27	28	32	30	24	401
Tikobo No.1	Dic	158	131	159	156	165	164	155	162	159	156	165	159	156	145	124	50	2.364
Aiginasi	Dic	409	266	379	311	287	373	326	313	370	325	331	367	311	201	150	118	4.837
New Town	Dic	59	37	82	93	72	82	93	72	82	93	72	82	93	66	44	30	1.152
Agona Nkwanta	Dic	276	276	193	234	137	150	234	92	193	234	137	193	234	73	63	40	2.759
Samaye	Dic	54	36	35	33	32	35	31	32	35	31	32	35	31	24	22	13	511
Esiama	Dic	27	4	16	22	25	16	22	25	16	22	25	16	22	13	17	6	294
Totale		1.748	934	1.670	1.610	1.049	1.645	1.658	1.532	1.693	1.684	1.575	1.686	1.612	1.308	954	1.005	23.363

Servizi pre e post Natali a livello Health Center

Nei centri di Asasetre, Nkroful, Tikobo, Aiginasi, Ekabeku, New Town, Samaye, Esiama e Agona Nkwanta, fino a novembre 2016 in circa

11.100 hanno usufruito di servizi pre e post natali oltre che 2.300 servizi di PMTCT come da tabella di seguito riportata:

Tabella 8 - Totale servizi erogati ad Asasetre, Tikobo No. 1, Nkroful, Agona Nkwanta, Ekabeku, Aiginasi, New Town, Samaye and Esiama Health Centers ANC

Reparto Prenatale	2016										Totale
	Asasetre	Tikobo No.1	Nkroful	Agona Nkwanta	Ekabeku	Aiginasi	New Town	Samaye	Esiama		
Totale Presenze	Dic	Dic	Dic	Dic	Dic	Dic	Dic	Dic	Dic	Dic	Totale
Totale Presenze prenatali (ANC)	1.155	2.200	2.435	4.576	176	1.157	223	382	560		12.864
Totale Presenze postnatali (PNC)	290	327	184	624	24	325	108	61	118		2.061
Totale	1.445	2.527	2.619	5.200	200	1.482	331	443	678		14.925
Totale RegISTRAZIONI prenatali	467	639	869	992	58	421	60	127	139		3.772
N. Madri che hanno ricevuto TT2+	184	500	412	933	48	171	41	83	26		2.398
Donne con + di 4 visite prenatali	123	285	627	660	27	66	36	70	47		1.941
Donne incinte che hanno ricevuto HIV Counseling	430	586	869	997	55	311	60	127	128		3.563
N. donne incinte testate per HIV (PMTCT)	423	473	830	997	55	311	60	127	128		3.404
N. donne incinte positive al test HIV	5	12	11	18	1	6	0	1	6		60
N. di donne incinte che hanno ricevuto counseling post test	423	460	830	997	55	311	60	127	128		3.391

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 rinforzamento 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 Saint Martin de Porres (SMdP)

La costruzione del reparto prenatale all'Ospedale SMdP era iniziata a novembre 2013 e si era conclusa in maggio 2014. Il nuovo reparto consente da allora 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 He-

alth Service. Il progetto ha fornito inoltre all'ospedale attrezzature per l'emergenza ostetrica e neonatale e per l'unità di cura intensiva neonatale nel terzo trimestre del 2016.

Oltre alla costruzione del reparto prenatale, il progetto, in marzo 2014, ha fornito una vettura destinata a supportare i servizi medici al di fuori della struttura ospedaliera e presso la popolazione stessa. Il veicolo 4X4 a disposizione dell'ospedale garantisce visite regolari alle comunità e assicura una costante erogazione di servizi sanitari 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 riferimento per 15 strutture sanitarie di livello inferiore. In aggiunta ai servizi medici erogati all'interno e fuori dalla struttura ospedaliera, l'ospedale conduce anche un programma di IEC a se stante 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.

Nel 2016 si sono tenute complessivamente 172 sessioni di IEC a livello ospedaliero che hanno visto la presenza di circa 52.000 persone che sommate alle 108 e 171 sessioni rispettivamente nel 2014 e 2015, portano il totale a 451 sessioni.

Per quanto riguarda invece le attività di IEC e Outreach esterne e gestite dall'ospedale in totale sono state effettuate 767 visite alle comunità bersaglio con la partecipazione stimata di circa 28.000 persone.

Tabella 9 - Attività IEC SMdP

IEC in Ospedale	N. di Eventi IEC	N. di partecipanti
Reparto Prenatale	358	96.271
Altri Reparti	93	12.441
Totale	451	108.712
IEC in Outreach	N. Visite alle comunità	N. Partecipanti
IEC a livello comunitario	75	6.408
Visite a domicilio ai bambini	356	13.738
Salute nelle scuole	66	4.275
Visite a domicilio	270	3.620
Totale	767	28.041

Per quanto riguarda invece le performance a livello ospedaliero nel blocco prenatale, nel corso del 2016 si sono svolte 15.525 tra visite pre e post natali che sommate ai dati dell'anno precedente hanno portato a un totale di 43.210.

Tabella 10 - Dati ANC SMdP

Reparto Prenatale	2014	2015	2016 Gen - Dic	Totale generale
Numero Presenze	Totale	Totale	Totale	generale
Totale Presenze visite Prenatali (ANC)	8.094	16.531	14.400	39.025
Totale presenze visite post natali (PNC)	790	2.270	1.125	4.185
Totale (ANC+PNC)	8.884	18.801	15.525	43.210
Totale registrazioni	599	1.193	858	2.650
Madri che hanno ricevuto la seconda dose TT2+	787	1.440	1.322	3.549
Donne incinte che hanno fatto 4 o più visite antenatali	633	2.041	1.978	4.652
Donne incinte che hanno ricevuto informazioni prima del test			804	804
Donne incinte testate per HIV (PMTCT)			804	804
Donne incinte testate e positive per HIV			18	18
Donne incinte che hanno ricevuto consulenza post test			804	804

Grazie al reparto neonatale e alle attività di outreach ad esso connesse a fine 2015 l'ospedale vede rinforzata la propria capacità di individuare e monitorare segni di gravidanze a rischio. Nel reparto prenatale vengono monitorate le gravidanze di adolescenti, di donne in età fertile a rischio, donne con bassi livelli di emoglobina ecc. In particolare, il monitoraggio di donne con bassi livelli di emoglobina è molto importante in quanto questo fattore di rischio costituisce poco meno della metà di tutti i casi di gravidanze a rischio.

Ospedale Distrettuale di Half Assini

I lavori di costruzione di una nuova sala Operatoria all'ospedale di Half Assini sono iniziati nel 2014 e sono stati completati ad ottobre 2017. Nel corso dell'anno sono stati ristrutturati il reparto maternità, una sala operative pre-esistente, i reparti femminile e maschile, il magazzino, il reparto dentistico, l'accettazione e la sala Raggi X. Alla fine del 2017 sono state anche consegnate le attrezzature ai suddetti reparti.



Training

In totale, il personale ospedaliero ha partecipato a 15 sessioni distribuite come segue: 3 sessioni per Community Health Officers e Community Health Nurses, 1 sessione per medici e assistenti medici,

2 sessioni per ostetriche, 4 sessioni per infermiere, 1 sessione per biostatistici, 2 sessioni per Community Health Volunteers, maternal health volunteers, 1 sessione per farmacisti, 1 sessione per tecnici di laboratorio. Di seguito una tabella riepilogativa.

Tabella 11 - Training per il personale a livello ospedaliero

Distretto	Tipologia di struttura	Location	Totale personale sanitario formato	Medici	Medical Physician Assistant	Operatori sanitari comunitari	Ostetriche	Infermiere	Biostatistici	Volontari di salute comunitaria	Farmacisti	Tecnici di laboratorio	Personale di pronto soccorso
				1 ^a sessione	2 ^a -4 ^a sessione	5 ^a -6 ^a sessione	7 ^a -10 ^a sessione	11 ^a sessione	12 ^a -13 ^a sessione	14 ^a sessione	15 ^a sessione	16 ^a sessione	
				Mar 2015	Mar - Giu/ Lug 2015	Mag - Lug 2015	Ago - Nov 2015	Dic 2015	Gen-Feb 2016	Feb 2014	Apr 2016	Mag 2016	
Jomoro	OSP	Half Assini	66	1	1	3	9	38	4	2	2	2	4
Ellembele	OSP	SMdP	62	0	0	14	8	22	4	0	6	8	0
Totale generale			128	1	1	17	17	60	8	2	8	10	4

Anche in questo caso la formazione per ogni categoria di personale sanitario è avvenuta in forma congiunta. Per quanto riguarda la formazione a livello dei medici il corso ha affrontato temi quali: Leadership, Management Finanziario, Gestione integrata delle malattie nei neonati e nei bambini, Controllo e sorveglianza delle malattie, Procedure di referenza e contro referenza.

Attività a livello distrettuale/regionale

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

Nell'ambito del Capacity Building, si sono svolte le seguenti attività:

- fornitura di strumenti multimediali e didattici alle due scuole infermieristiche di Esiam e Asanta: una lista di item necessari alle due scuole era stata elaborata insieme al personale direzionale delle stesse. Durante la cerimonia sono stati presentati agli studenti delle due scuole i materiali acquistati tra i quali: libri di testo, laptop, computer, stampanti, fotocopiatrici, e manichini, torni, kit per test di laboratorio, microscopi e altro;
- formazione di staff a livello distretto/regionale: il progetto ha supportato la formazione di personale legato alla didattica nelle due scuole al fine di favorire il miglioramento delle conoscenze e competenze del futuro personale infermieristico. Sono stati quindi formati 6 CHO/CHN di cui tre dalla scuola di Esiam e 3 da quella di Asanta oltre a una ostetrica e 2 infermiere dalla scuola di Asanta, per un totale di 9 agenti sanitari;
- supervisione formativa, M&E delle attività di progetto.

Per quanto riguarda il rinforzamento dell'Health Management Information System (regionale, distrettuale, sub-distrettuale e comunitario) Eni Foundation ha elaborato insieme al GHS con rappresentanti dei livelli distretto, regionale e nazionale un programma di supporto atto a garantire armonizzazione e compliance non solo

con i bisogni dei distretti ma anche con la strategia nazionale (bottom up – top down).

Nel corso del 2016 il progetto aveva supportato le seguenti attività:

- training del team gestionale sanitario regionale e team gestionale sanitario distrettuale sull'uso dei nuovi registri sala parto;
- training sulle funzioni del programma telematico dei dati sanitari: e-tracker;
- workshop sullo sviluppo della proposta di ricerca.

Mentre tra il 2014 e il 2015 il progetto aveva realizzato:

- survey: si è svolta nei 3 distretti di progetto una valutazione sulla connettività internet delle strutture sanitarie per stabilire il tipo di connessione internet necessaria nelle aree remote di progetto e identificare i bisogni formativi dello staff delle varie strutture sanitarie;
- training su Procedure Standard GHS/MoH nella gestione telematica dei dati sanitari: al corso tenutosi a giugno 2015 e finalizzato a conoscere le definizioni e gli indicatori standard della gestione dei dati sanitari, la revisione dei registri e dei form, hanno partecipato 99 operatori sanitari da tutte le strutture dei 3 distretti di progetto;
- acquisto 88 notebook: a settembre 2015 sono stati acquistati 88 notebook computer e chiavette internet per favorire l'inserimento dati telematica nelle strutture identificate;
- configurazione del software sui nuovi notebook e revisione del Manuale DHIMS2 fornito in copia cartacea a tutti i partecipanti;
- training su DHIMS2 raccolta e inserimento dati; handing over degli 88 notebook con software installato al personale oggetto di training: il training svoltosi a novembre 2015 era rivolto ad approfondire le conoscenze sul funzionamento del DHIMS2 e delle Policy Guidelines. Al training hanno partecipato 97 operatori sanitari di cui 36 da Jomoro, 36 da Ellembele e 25 da Ahanta West;
- visita di monitoraggio e supervisione alle strutture sanitarie per valutazione dell'uso del DHIMS dopo il training: la prima visita di monitoraggio, avvenuta in dicembre 2015 è servita a stabilire il livello di aderenza alle procedure Operative Standard in seguito al training di giugno 2015. Il risultato della supervisione indica un buon livello di aderenza allo standard pur indicando la necessità di ulteriori sessioni di on the job training e monitoring per ampliare i margini di miglioramento.

Mozambico



Dati del Paese

Popolazione (migliaia)	27.978
- sotto i 18 anni (migliaia)	13.393
- sotto i 5 anni (migliaia)	4.399
Speranza di vita alla nascita (anni, m/f)	56/59
Tasso di mortalità infantile (su 1.000 nati vivi)	
- 0-5 anni	75,1
- 0-12 mesi	60
- neonatale	27,8
% nati sottopeso (2016)	4,3
% 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 - 2015)	489
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	7,0
- spesa sanitaria pro capite (\$)	79

(Unicef, 2015, WHO 2017, INE Census 2017, dati preliminari)

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

In Mozambico, il progetto per il rafforzamento dei servizi di emergenza ostetrica e neonatale nel distretto di Palma ha affiancato 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 è stato realizzato attraverso attività di formazione professionale del personale, la costruzione di un blocco operatorio e di una "casa de espera" (residenza per donne con gravidanze a rischio in attesa del parto) già inaugurate e operative, la fornitura di equipaggiamenti essenziali (radiologia, ecografia e laboratorio, già in utilizzo) oltre che di materiali sanitari. Dal 2014 al 2017 sono stati organizzati 21 corsi di formazione continua per un totale di 397 operatori sanitari formati principalmente su tematiche materno-infantili con lo scopo di estendere l'azione di rafforzamento dai centri di salute periferici a tutto il distretto. In generale i beneficiari diretti dell'iniziativa nel distretto di Palma sono state

le donne in età fertile (circa 14.500) i bambini 0-4 (circa 9.500) e quelli 5-14 (circa 14.000) mentre i beneficiari indiretti, oltre al personale sanitario coinvolto per le attività di formazione, sono gli abitanti del distretto di Palma (circa 60 mila persone). Nel 2017, durante il terzo anno di attività del nuovo blocco chirurgico realizzato dal progetto, sono state effettuate 458 operazioni chirurgiche, di cui 189 parti cesarei. Inoltre sono state eseguite 25.487 analisi di laboratorio e 1.333 persone sono state sottoposte ad esami radiografici. Durante il periodo 2015 – 2017 il Centro di Salute di Palma ha effettuato 66.614 visite a bambini nella classe d'età 0-4 anni.

Tabella 12 - Infrastrutture sanitarie

Ospedali Centrali/Provinciali	15
Ospedali distrettuali	49
Centri Sanitari	1.307
Numero totale di letti	20.826
Letti maternità	9.013
Letti per 1.000 abitanti	0,84
Letti maternità per 10.000 donne in età fertile	1,41

Tabella 13 - Risorse umane nel settore sanitario

Totale personale	44.081
Medici specialisti	742
Medici generici	1.266
Tecnici di medicina	15.816
Infermieri	6.927
Ostetriche	5.317

Anuario Estadístico INE, Moçambique 2015.

Aree di intervento

Il Mozambico è situato a sud-est 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, la popolazione totale stimata nel 2017 è di 2.333.869 abitanti.

La distribuzione per diverse età indica 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.

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 circa 4 medici e 25 infermieri ogni 100.000 abitanti, il Paese presenta una delle più basse densità di operatori sanitari nel mondo.

La Provincia di Cabo Delgado è suddivisa in 17 distretti, il suo capoluogo è la città di Pemba. Di seguito i principali indicatori sanitari della Provincia (Anuario Estadístico, INE 2015):

Tabella 14 - Infrastrutture sanitarie

Ospedali Centrali/Provinciali	1
Ospedali rurali	4
Centri Sanitari	104
Numero totale di letti	1.698
Letti maternità	731
Letti per 1.000 abitanti	0,91
Letti maternità per 10.000 donne in età fertile	1,58

Tabella 15 - Risorse umane nel settore sanitario

Totale personale	3.057
Medici specialisti	41
Medici generici	64
Tecnici di medicina	815
Infermieri	331
Ostetriche	348

Tabella 16 - Salute materno-infantile

Consulte post parto	70.279
Visite bambini 0-4 anni	191.872
Tasso mortalità infantile	NA
Tasso mortalità materna (2011)	NA
Basso peso alla nascita	3.972 (6,2%)
Parti assistiti	64.091

Il contesto specifico dell'intervento è rappresentato dal distretto di Palma, un'area costiera che si affaccia sull'Oceano Indiano. La popolazione (2017) conta 62,667 persone, circa la metà delle quali risiede nella città di Palma mentre la parte rimanente vive nelle circostanti aree rurali. La rete delle comunicazioni e dei trasporti gode di una sola strada asfaltata che va da Palma a Pemba, mentre tutte le altre strade, compresa quella che si dirige al confine con la Tanzania, sono di terra battuta. L'attività economica principale è la pesca, seguita dall'agricoltura, essenzialmente per uso domestico. La rete sanitaria del distretto di Palma è costituita da 6 centri sanitari: Palma, Pundandar, Quionga, Olumbe, Maganja e Mute per un totale di 68 posti letto e 67 operatori sanitari.

Il centro sanitario di Palma è l'obiettivo principale dell'intervento che si propone, a lungo termine, di promuovere ad ospedale distrettuale. Il CS di Palma consta di 50 posti letto distribuiti in reparti di medicina, maternità (17) 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.

Obiettivo

L'obiettivo del progetto è stato 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. Sono stati previsti 5 risultati attesi:

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

Partner e ruoli

Eni Foundation ha finanziato il progetto ed è stato 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 ha l'Alto Patronato del Gabinetto della First Lady del Mozambico.

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

2015 - 2017 (5,5 milioni di euro).

Attività svolte nel 2017

Risultato Atteso 1: Miglioramento dei servizi ospedalieri di riferimento medico-chirurgici del Centro di Salute distrettuale di Palma, in particolare per le emergenze ostetriche/neonatali e pediatriche.

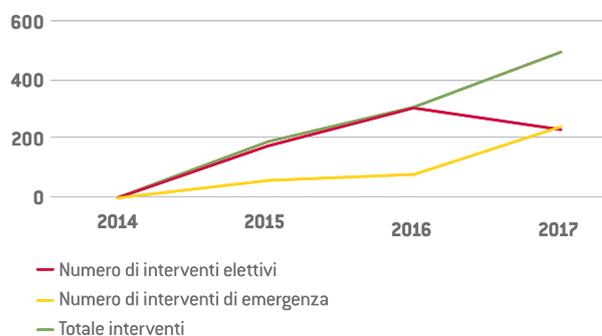
Attività di supporto al Centro Sanitario di Palma (CS): supporto al reparto di chirurgia

Nel corso del 2017 è stata fornita assistenza tecnica al reparto chirurgico del CS di Palma tramite la presenza di un chirurgo espatriato per 10 mesi, di un medico espatriato specialista di medicina interna per 10 mesi con funzioni di amministratore e di un anestesista per 12 mesi. Il personale espatriato ha affiancato il personale sanitario locale nella gestione dei pazienti chirurgici, nello svolgimento delle operazioni chirurgiche, nella gestione dell'ospedale e della sala operatoria in particolare e svolgendo giornalmente formazione on the job. La sala operatoria, costruita e già completamente attrezzata nel 2014, rappresenta l'unico servizio chirurgico di riferimento per tutta la popolazione del distretto; la tabella seguente indica i risultati più significativi raggiunti nel 2017 rappresentati per confronto con quelli del 2015 e del 2016:

Tabella 17 - Dati reparto chirurgia generale

Descrizione	2015	2016	2017
Numero di operazioni elettive eseguite	130	227	216
Numero di operazioni di emergenza eseguite	53	163	242
Numero di donne operate	115	181	301

Interventi chirurgici



Grazie alla disponibilità e funzionalità del blocco operatorio nel centro sanitario di Palma, il supporto chirurgico alla popolazione residente e alle donne in particolare è andato costantemente migliorando in termini quantitativi e qualitativi nel corso del 2015, 2016 e 2017.

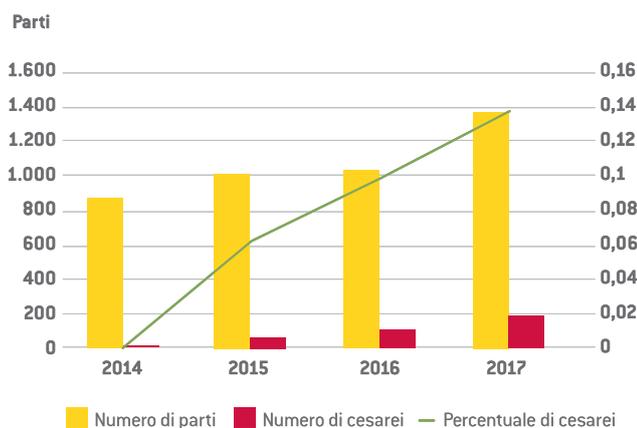
A tutt'oggi il servizio è utilizzato non solo dalla popolazione del distretto di Palma, ma anche da pazienti provenienti sia da altri distretti della provincia che dalla confinante Tanzania.

La presenza costante di un chirurgo espatriato e dell'anestesista, messo a disposizione dal progetto, garantisce la copertura di tutte le emergenze chirurgiche, degli interventi chirurgici elettivi, e permette di formare direttamente sul campo il personale di sala operatoria.

La disponibilità della sala operatoria è stata soprattutto importante per le numerose madri che hanno dovuto ricorrere al parto cesareo; la seguente tabella indica il numero di parti eutocici e quello dei parti cesarei eseguiti nel centro sanitario di Palma:

Tabella 18 - Dati OT maternità

Descrizione	2015	2016	2017	Incremento% 2015/2017
Numero di parti fisiologici assistiti	1.108	1.031	1.368	23,4%
Numero di parti cesarei eseguiti	65	103	189	191%



Il numero di parti è andato crescendo, con fasi alterne, nel corso degli anni di progetto, sin dall'inizio delle attività chirurgiche nel Centro di salute. Di fatto l'ospedale ha vicariato per lungo tempo le attività chirurgiche ostetriche degli ospedali dei distretti vicini, quali quelli di Mocimboa da Praia, quando questi erano fuori uso per varie ragioni (mancanza di personale o riabilitazioni strutturali). Il numero di parti cesarei è cresciuto progressivamente, dimostrando che il CDS esercita una forte attrazione per le gravidanze a rischio, in conformità con gli obiettivi del progetto. Il tasso dei parti cesarei supera di poco il 13% ed è in linea con quanto ritenuto appropriato secondo le norme dell'OMS.

Supporto formativo al settore di salute materno-infantile (SMI)

Nell'ambito dell'assistenza tecnica dedicata alla formazione del personale addetto alla SMI nel distretto, sono stati organizzati/finanziati dei corsi di formazione specifici come mostra la seguente tabella:

Tabella 19 - Corsi formazione SMI

Argomento corso	Beneficiari
Assistenza alle donne gravide nelle aree rurali	25 ostetriche
Gestione degenze (incluse SMI)	40 infermieri
Assistenza al parto	20 infermieri

Le attività del CS di Palma collegate al settore materno-infantile, nel 2017 sono tutte notevolmente aumentate rispetto al 2015.

I dati raccolti dall'ufficio di statistica del DDS riportano a conferma i seguenti risultati:

Tabella 20 - Attività SMI

Descrizione	2015	2016	2017	Incremento% 2015/2017
Numero di visite prenatali	1.589	2.543	1.600	0,6%
Numero di visite post natali	977	1.174	1.505	54%
Numero di bambini da 0-5 anni visitati	12.875	22.233	31.506	144%
Numero di parti fisiologici	1.108	1.031	1.368	23,4%
Numero di ricoveri nella maternità	1.297	1.132	1.366	5%
Numero di consulenze per pianificazione familiare	1.169	3.475	3.536	202%

Fornitura di materiali, medicinali e attrezzature al CS di Palma e DDS

Nel corso del 2015, 2016 e del 2017 il CS e il DDS sono stati riforniti dei farmaci essenziali per la sala operatoria, così come dei materiali e alcune attrezzature. La tabella seguente riporta le principali forniture effettuate:

Tabella 21 - Materiali donati

Quantità	Descrizione	Reparto
100 unità	JMS transfusion set	Laboratorio
1	Stabilizzatore	Chirurgia
1	Materiale vario radiografie	Radiologia
1	Sonda cardiaca ecografo	Radiologia
1	Otoscopio	Medicina
2	Stetoscopio	Medicina
2	Sfigmomanometro	Medicina
1	Serbatoio 750 L	DDS
1	Autoclave	Chirurgia
1	Materiale vario anestesia	Chirurgia
1	Stampante	DDS
2	Stampante	Radiologia
2	Computer portatili	Radiologia

Supporto alle attività di radiologia e laboratorio

I servizi di radiologia e di laboratorio sono stati completamente attrezzati dal progetto alla fine del 2014 e il personale addetto formato. Anche nel corso del 2017 non è mancato il supporto a tali servizi in termini di materiali; di fatto le utenze e il prodotto di questi servizi è aumentato progressivamente come confermano i dati in possesso della DDS:

Tabella 22 - Radiologia e laboratorio

Descrizione	2015	2016	2017
Numero di esami di laboratorio	6.536	32.072	25.487
Numero di pazienti sottoposti a radiografia	559	1.164	1.333
Numero di pazienti sottoposti a indagine ecografica	0	227	262

Risultato Atteso 2: Rafforzamento dei servizi ostetrici di emergenza e dei servizi materno-infantile nel distretto di Palma tramite assistenza tecnica, supervisione e miglioramento delle infrastrutture/attrezzature.

**Attività di supporto al Distretto Sanitario di Palma:
supervisione attività cliniche e di emergenza**

Durante tutto il 2015, 2016 e anche nel corso del 2017 l'ufficio della DDS è stato agevolato nelle campagne di supervisione e formazione on the job nel distretto dalla fornitura costante di carburante e, all'occorrenza, di un mezzo di trasporto. Inoltre, per permettere l'utilizzo dell'ambulanza in tutti i casi richiesti, si è sempre rifornito il CS di Palma del necessario quantitativo di carburante.

Supporto alle capacità tecniche del personale sanitario del distretto

Nell'ambito delle attività del progetto che mirano al miglioramento della formazione del personale del settore sanitario nel distretto di Palma, differenti corsi di formazione sono stati finanziati o direttamente svolti da personale espatriato, i corsi sono stati complessivamente 12 (1 nel corso del 2017) e hanno coinvolto 277 persone. In particolare, gli argomenti hanno riguardato:

- Malaria (29 partecipanti)
- Pianificazione del lavoro (22 partecipanti)
- Sterilizzazione (44 partecipanti)
- Assistenza alle donne gravide nelle aree rurali (25 partecipanti)
- Gestione degenze (40 partecipanti)
- Parto assistito (20 partecipanti)
- Radiologia (1 corsista)
- Laboratorio (2 partecipanti)
- Salute materno-infantile (22 partecipanti)
- Profilassi antibiotica (16 partecipanti)
- EPI e vaccinazioni (26 partecipanti)
- Principi su utilizzo dei farmaci (40 partecipanti)



Myanmar



Dati del Paese

Popolazione (migliaia) [fonte: UNICEF 2015]	53.897
- sotto i 18 anni (migliaia)	16.200
- sotto i 5 anni (migliaia)	4.434
Speranza di vita alla nascita (anni) [fonte: UNICEF 2012]	65
Tasso di mortalità infantile (su 1.000 nati vivi) [fonte: UNICEF 2015]	
- 0-5 anni	50,8
- 0-12 mesi	40
- neonatale	26
% nati sottopeso (2008-2012) [fonte: DHS]	8,6
% bambini 0-5 anni sottopeso (moderato e grave 2008-2012)	22,6
% bambini 0-5 anni con ritardo nella crescita (moderato e grave 2008-2012)	35
Tasso di mortalità materna (su 100.000 nati vivi) [fonte: WHO 2015]	178
Rischio di mortalità materna nel corso della vita [fonte: UNICEF 2015]	1 su 260
Reddito nazionale lordo pro-capite (US \$) [fonte: WORLD BANK 2016]	1.195
Consumo di acqua per abitante (litri) [fonte: ASEAN IWRM 2016]	160
Proporzione della popolazione che utilizza una rete di fornitura domestica di acqua potabile (%) [fonte: UNICEF 2015]	8
Proporzione della popolazione che utilizza altre fonti migliorate di acqua potabile (%) [fonte: UNICEF 2015]	73
Proporzione della popolazione che utilizza una fonte idrica superficiale (%) [fonte: UNICEF 2015]	5

Sostenere il Myanmar nella lotta alla malnutrizione migliorando la sicurezza alimentare, la nutrizione e lo stato di salute in 3 comuni della regione di Magway: Magway, Myothit e Minhla

Introduzione

Il Myanmar è un Paese nel sud-est asiatico tra India e Cina con una lunga fascia costiera di circa 1.930 km al confine con il Golfo del Bengala e il Mare delle Andamane. Ha una popolazione di circa 53,8 milioni di abitanti (2015) di cui circa il 65% vive in zone rurali, è il quinto Paese più popoloso tra le nazioni dell'ASEAN. Circa il 70% della forza lavoro del Paese è impiegata nel settore agricolo, principalmente su piccoli appezzamenti di proprietà familiare. In Myanmar l'aspettativa di vita alla nascita è in media di 65,9 anni di cui 65 anni per gli uomini e di 68 anni per le donne. Il tasso di natalità è di 18,9 nati per 1.000 popolazioni nel 2014 con un tasso di mortalità di circa 8,54 nel 2013.

Il Myanmar è un Paese ricco di giada e gemme, petrolio, gas naturale e altre risorse minerarie. Nel 2013, il suo PIL (nominale) si attestava a 56,7 miliardi di dollari USA e il suo PIL (PPP) a 221,5 miliardi di dollari USA. Il divario di reddito in Myanmar è tra i più ampi al mondo.

Un quarto della popolazione del Myanmar vive in povertà. La terra è soggetta a periodi di siccità ma anche alluvioni; la gestione dell'approvvigionamento idrico non soddisfa i bisogni del Paese e solo una bassa percentuale (circa il 5 per cento) di acqua utilizzata per l'irrigazione raggiunge effettivamente i campi. Oltre il 35% dei bambini in Myanmar mostra segni di problemi di sviluppo causati dalla malnutrizione cronica, mentre l'8% dei bambini è gravemente malnutrito. Secondo i dati dell'UNICEF, circa 80.000 bambini affetti da malnutrizione acuta sono ad alto rischio di morte, il tasso di mortalità infantile sotto i cinque anni su 50 per 1.000 nati vivi è alto, con la metà che si verifica tra i neonati.

Area di intervento

L'area di intervento si trova nella regione Magway situata nell'area arida centrale del Myanmar. Il progetto copre le tre township nella regione di Magway, vale a dire la città di Magway, la township di Myothit e il distretto di Minhla. La superficie totale delle tre

township è 5.700 Km². L'estensione dal confine est a ovest è di circa 160 km.

E i beneficiari del progetto sono circa 594.288.

Tabella 23 - Tabella riassuntiva con informazioni rilevanti sulle 3 township

	Minhla	Magway	Myothit
Popolazione (totale)	117.069	302.325	174.894
urbana	14.127	90.616	8.785
rurale	102.942	211.709	166.109
maschi	56.599	145.145	84.293
femmine	60.470	157.180	90.601
< 1 anno		4.582	2.584
< 5 anni	8.028	21.835	14.325
0-14	25.472		47.069
15-49	34.596	88.532	92.928
15-49 (maschi)			44.970
15-49 (femmine)			47.958
> 50			34.897
Partizioni amministrative			
Wards	10	15	5
Numero di villaggi	152	216	179
Village tracts	63	61	52



Obiettivi

Lo scopo del progetto è di sostenere il governo del Myanmar nel perseguire il miglioramento della sicurezza alimentare, della nutrizione e dello stato di salute della popolazione più vulnerabile delle 3 township della regione di Magway di Magway, Myothit e Minhla]. Tali azioni, proposte in un quadro multidisciplinare integrato entro il quale confluiscono i settori agricolo, dell'approvvigionamento idrico e sanitario contribuiscono in particolare all'aumento dell'accesso a:

- A. servizi di miglioramento della produzione dell'agricoltura anche tramite l'accesso all'irrigazione;
- B. accesso all'acqua sicura potabile e miglioramento dei servizi igienico-sanitari sicuri;
- C. servizi di assistenza sanitaria di base.

Risultato atteso

Il progetto, in linea con la strategia condivisa con il Ministero della Salute del Myanmar e il Ministero dell'Agricoltura, prevede la realizzazione verso i seguenti risultati:

COMPONENTI DELL'AGRICOLTURA

- Miglioramento della produttività delle colture e della resilienza degli agricoltori attraverso il sostegno al servizio di consulenza rurale e alla promozione di buone pratiche agricole (GAP);
- miglioramento dell'accesso alla tecnologia di irrigazione applicata alla produzione orticola e al miglioramento della sicurezza nutrizionale a livello di famiglia / comunità;
- adozione di sistemi informativi digitali.

COMPONENTI DELL'ACQUA

- Miglioramento dell'accesso all'acqua sicura per uso domestico e potabile nei villaggi selezionati congiuntamente con le autorità locali sulla base della priorità dell'intervento;
- recupero di pozzi e bacini idrici.

COMPONENTI SANITARI

- Utilizzo dei servizi sanitari comunitari migliorati (livello Village) attraverso la formazione / supervisione e l'educazione sanitaria a livello di struttura;
- servizi sanitari materni e infantili presso il servizio sanitario di Township Livello intermedio (RHC) migliorati attraverso la fornitura di impianti per l'energia e le centrali idriche, attrezzature, mobili e attività di formazione / supervisione;
- emergenza di base ostetrica e assistenza neonatale (EmONC) rafforzata presso gli ospedali di riferimento della stazione di quartiere attraverso la fornitura di attrezzature e formazione dedicata;
- gestione della salute rafforzata a livello dell'ufficio sanitario di Township attraverso lo sviluppo delle capacità del personale sanitario;
- livello regionale supportato nelle township;
- sviluppo di capacità sulle malattie non trasmissibili e assistenza sanitaria agli anziani;
- bambini malnutriti acuti supportati con alimentazione / micronutrienti supplementari.

COMPONENTE INTERSETTORIALE

- Le campagne di Informazione Educazione e Comunicazione a favore delle comunità attraverso programmi radio e diffusione di informazioni utili dal punto di vista agricolo produttivo, di gestione sicura dell'acqua e del cibo, di prevenzione delle malattie trasmissibili e non.

Partner e ruoli

- Eni Foundation finanzia il progetto ed è responsabile della sua gestione;
- il Ministero della salute e dello sport del Myanmar e il ministero dell'Agricoltura del bestiame e dell'irrigazione stanno assumendo un ruolo cruciale nel garantire la piena cooperazione di tutte le autorità coinvolte nell'attuazione del progetto. Il dipartimento regionale dell'agricoltura di Magway, il dipartimento regionale dello sviluppo rurale, il dipartimento regionale per l'irrigazione e l'acqua, il dipartimento regionale della salute pubblica sono direttamente coinvolti, mettendo a disposizione le strutture coinvolte, il personale tecnico, le attrezzature e qualsiasi altro supporto aggiuntivo richiesto;
- tra i partner scientifici del progetto, l'Università degli Studi di Milano, che fornisce supporto tecnico in materie riguardanti in particolare i settori dell'acqua e dell'agricoltura, e l'Istituto Superiore di Sanità in ambito salute.

Durata e costo

2017-2020 (2,2 milioni di euro).

Attività completate entro il 2017

Nel corso del 2017 sono stati completati gli studi di fattibilità ed è stato siglato il Memorandum of Understanding tra Eni Foundation e il diparti-

mento di salute pubblica, Ministero della salute assistito dal Ministero dell'Agricoltura, firmato a Naypyidaw, Myanmar il 17 novembre 2017.

Bilancio di esercizio 2017

Schemi (Stato Patrimoniale
e Rendiconto gestionale) 30

Nota integrativa al bilancio
al 31 dicembre 2017 32

Note alle voci di bilancio
e altre informazioni 33

Relazione del Collegio dei Revisori
al bilancio dell'esercizio chiuso
al 31.12.2017 35



Schemi

Stato Patrimoniale

ATTIVITÀ	(euro)	Note	31.12.2016	31.12.2017
A	CREDITI VERSO ASSOCIATI PER VERSAMENTO QUOTE			
B	IMMOBILIZZAZIONI			
II	<i>Immobilizzazioni materiali</i>	1	-	-
C	ATTIVO CIRCOLANTE			
I	<i>Rimanenze</i>			
II	<i>Crediti</i>			
	Crediti tributari	2	2.885	-
			2.885	-
III	<i>Attività finanziarie (che non costituiscono immobilizzazioni)</i>			
IV	<i>Disponibilità liquide</i>			
	Depositi bancari e postali	3	3.394.683	3.284.373*
			3.394.683	3.284.373
D	RATEI E RISCONTI			
	TOTALE ATTIVITÀ		3.397.568	3.284.373
PASSIVITÀ E PATRIMONIO NETTO	(euro)	Note	31.12.2016	31.12.2017
A	PATRIMONIO NETTO			
I	<i>Patrimonio libero</i>	4		
	Fondo di gestione (art. 6 dello Statuto)		42.777.129	44.464.129
	Risultato gestionale esercizi precedenti		(37.376.732)	(40.622.915)
	Risultato gestionale esercizio in corso		(3.246.183)	(1.131.862)
II	<i>Fondo di dotazione dell'azienda</i>	5	110.000	110.000
			2.264.214	2.819.352
B	FONDI PER RISCHI E ONERI			
C	TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO DI LAVORO SUBORDINATO			
D	DEBITI			
	Debiti verso fornitori	6	893.027	290.005
	Debiti verso socio Fondatore	7	147.344	94.411
	Debiti verso banche	8		343
	Debiti tributari	9		9.181
	Altri debiti	10	92.983	71.081
	Debiti verso il Ministero dell'Economia e delle Finanze			
			1.133.354	465.021
E	RATEI E RISCONTI			
	TOTALE PASSIVITÀ E PATRIMONIO NETTO		3.397.568	3.284.373
F	CONTI D'ORDINE			
	Beni presso terzi			

(*) include stz prov. Fin 31/12/17

Rendiconto gestionale

PROVENTI	(euro)	Note	2016	2017
Proventi da attività tipiche				
Proventi finanziari e patrimoniali				
Proventi finanziari da depositi bancari		11	238	280
Altri proventi finanziari e altri proventi				
TOTALE PROVENTI			238	280
ONERI	(euro)	Note	2016	2017
Oneri di attività tipiche				
Acquisti		12	679.743	-11.004
Servizi		13	2.317.662	695.390
Oneri diversi di gestione		14	3.000	2.005
			3.000.405	686.391
Oneri finanziari e patrimoniali				
Oneri finanziari su depositi bancari		15		2
Oneri di supporto generale				
Servizi		16	243.417	440.134
Altri oneri		17	334	100
			243.751	440.234
TOTALE ONERI			3.244.156	1.126.627
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE			(3.243.918)	(1.126.347)
IMPOSTE DELL'ESERCIZIO				
Imposte correnti		18	(2.265)	(5.515)
TOTALE IMPOSTE DELL'ESERCIZIO			(2.265)	(5.515)
RISULTATO DELLA GESTIONE			(3.246.183)	(1.131.862)

Nota integrativa al bilancio al 31 dicembre 2017

Criteri di formazione

Il bilancio della Fondazione chiuso al 31 dicembre 2017 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 alle imposte sul reddito delle attività istituzionali svolte dalla Fondazione in quanto connesse al conseguimento degli scopi di solidarietà sociale e umanitaria. Le ritenute fiscali operate sugli interessi attivi sui depositi bancari sono considerate a titolo d'imposta e non possono pertanto essere chieste a rimborso né compensate con altri tributi.

Relativamente all'IRAP, la Fondazione è soggetta anche per l'esercizio 2017 all'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 svolgendo la propria attività nell'esercizio di impresa, arte o professione la Fondazione non è soggetta ad alcun adempimento ai fini IVA per assenza del predetto presupposto soggettivo.

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 euro 60 e interamente ammortizzate.

Attivo circolante

2) CREDITI TRIBUTARI

I crediti tributari si sono azzerati in quanto il credito 2016 pari a euro 2.885 e riferito al credito verso l'erario a titolo di saldo IRAP per il periodo d'imposta 2016 è stato integralmente utilizzato a scomputo dell'imposta IRAP dovuta per l'anno 2017.

3) DISPONIBILITÀ LIQUIDE

Le disponibilità liquide di euro 3.284.373 sono interamente costituite dalle giacenze presso la BNL Gruppo BNP Paribas c/c 451 – sportello Eni Roma e includono lo stanziamento dei proventi finanziari netti al 31.12.17.

Patrimonio netto

4) PATRIMONIO LIBERO

Il patrimonio libero è costituito:

- dal fondo di gestione, previsto dall'art. 6 dello Statuto della Fondazione, attualmente di euro 44.464.129;
- dal risultato gestionale negativo degli esercizi precedenti di euro 40.622.915;
- dal risultato gestionale negativo dell'esercizio in esame di euro 1.131.862.

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 euro 290.005 dei quali:

euro 117.387 verso Opera S. Francesco CUAMM;
euro 116.134 verso Eni Ghana Exploration & Production;
euro 36.578 verso Prolink Ghana
euro 14.728 verso Eni Myanmar;
euro 2.817 verso PWC;
euro 2.361 verso Deloitte;

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 euro 94.411 sono rappresentati dagli addebiti ricevuti relativi ai costi di personale in comando e al contratto di servizi.

8) DEBITI VERSO BANCHE

I debiti verso banche di euro 343 sono relativi alle commissioni ed oneri addebitati in conto da Banque Eni, in relazione al nuovo rapporto aperto con la medesima a fine 2017.

9) DEBITI TRIBUTARI

I debiti tributari di euro 9.481 sono relativi a debiti per ritenute d'acconto su lavoro autonomo per 6.623 euro e a debiti per Irap per euro 2.558.

10) ALTRI DEBITI

Gli altri debiti ammontano a euro 71.081 e riguardano essenzialmente lo stanziamento per gli emolumenti dei componenti degli Organi Sociali.

Rendiconto economico della gestione

Proventi finanziari e patrimoniali

11) PROVENTI FINANZIARI DA DEPOSITI BANCARI

I proventi finanziari di euro 280 sono costituiti dagli interessi attivi maturati sul c/c 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.

12) ACQUISTI

Ammontano a euro -11.004 e riguardano rettifiche di stanziamenti sovrastimati negli anni precedenti e relativi al progetto Ghana, parzialmente compensate da acquisti di materiali ed attrezzature per i centri sanitari e le basi operative nell'ambito dei progetti condotti da Eni Foundation in Mozambico:

- euro -16.959 per il progetto Ghana;
- euro 5.955 per il progetto Mozambico.

13) SERVIZI

Ammontano a euro 695.390 e riguardano le spese sostenute nell'ambito dei progetti Mozambico, Ghana e del nuovo progetto Myanmar e relative a prestazioni mediche, prestazioni tecniche di personale specializzato, attività di ricerca e supporto ad attività sanitarie, di formazione e addestramento e di sensibilizzazione, di cui:

- euro 159.914 per il progetto Mozambico;
- euro 401.883 per il progetto Ghana;
- euro 133.593 per il progetto Myanmar.

14) ONERI DIVERSI DI GESTIONE

Ammontano a euro 2.005 e sono relativi a costi anni precedenti collegio dei revisori per 1.635 euro e riaddebiti oneri diversi da parte Eni SpA per 370 euro.

15) ONERI FINANZIARI SU DEPOSITI BANCARI

Ammontano a 2 euro e sono relativi ad interessi passivi sul conto corrente aperto presso Banque Eni.

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.

16) SERVIZI

Ammontano a euro 440.134 e sono costituiti da:

- prestazioni rese da Eni SpA nell'ambito del contratto di servizi di euro 116.249;
- prestazioni rese dai componenti gli Organi Statutari di euro 118.558;
- prestazioni di personale ricevuto in comando di euro 160.756;
- prestazioni relative a consulenze PWC di euro 39.369;
- altri costi di carattere generale relativi a partecipazione seminari di euro 2.295;
- prestazioni legali e notarili di euro 215;
- servizi bancari di euro 2.692.

17) ALTRI ONERI

Ammontano a euro 100 e sono costituiti da sanzioni e altri oneri tributari.

Imposte

18) IMPOSTE CORRENTI

Le imposte correnti ammontano ad euro 5.515 e sono costituite per euro 5.443 dall'IRAP relativa all'esercizio 2017 e per euro 72 dalle ritenute fiscali sugli interessi attivi dei depositi bancari, considerate a titolo d'imposta ai sensi dell'art. 26, comma 4, del D.P.R. n. 600/73.

Il risultato della gestione al 31 dicembre 2017 è negativo per euro 1.131.862.

Relazione del Collegio dei Revisori al bilancio dell'esercizio chiuso al 31.12.2017

ENI FOUNDATION

Ente soggetto a direzione e coordinamento di Eni SpA
Sede di Roma Piazzale Enrico Mattei, 1 – 00144
Iscritta nel registro delle persone giuridiche al n. 46/2007
Codice Fiscale 97436250589
RELAZIONE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI
SUL BILANCIO AL 31 DICEMBRE 2017

Signor Presidente, Signori Consiglieri,

nel corso dell'esercizio chiuso al 31 Dicembre 2017 abbiamo svolto la nostra attività di vigilanza nel rispetto della normativa vigente, applicando 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 2017, 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 riunioni, sull'adeguatezza della struttura organizzativa dell'Ente, del sistema di controllo interno, del sistema amministrativo-contabile e sulla affidabilità a rappresentare correttamente i fatti di gestione.

L'Organismo di Vigilanza collegiale ha emesso le due relazioni semestrali di vigilanza in data 21 luglio 2017 ed in data 22 gennaio 2018 nel quale si dà comunicazione dell'avvenuto aggiornamento del Modello 231 con l'inserimento dei reati introdotti nel 2017. Dalle relazioni non emergono fatti di rilievo o violazioni al Modello.

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 del 2017, al termine dell'attività di Audit, è emersa la necessità di definire una procedura specifica per la Fondazione in modo da regolamentare le principali fasi delle attività svolte. Il 14 Dicembre 2017 è stata approvata la Procedura Eni Foundation denominata "Linee guida per la gestione dei progetti Eni Foundation" redatta sulla base delle raccomandazioni dell'Internal Audit di Eni SpA, con il supporto delle competenti funzioni Eni.

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 2017, pari ad Euro 1.131.862,42, 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 tre progetti in corso:

	Ghana	Mozambico	Myanmar	Totale
Acquisti	€ -16.959	€ 5.955		€ - 11.004
Servizi	€ 401.883	€ 159.914	€ 133.593	€ 695.390
Totale	€ 384.924	€ 165.869	€ 133.593	€ 684.386

Gli oneri di supporto generale ammontano invece a Euro 440 mila suddivisi tra personale distaccato per Euro 161 mila, prestazioni ricevute da Eni SpA Euro 116 mila, compensi agli Organi Statuari per Euro 119 mila, prestazioni relative a compensi PWC Euro 39 mila ed altre minori.

Nel corso dell'esercizio inoltre si è protratto l'uso dei 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. In particolare per il Progetto Ghana e per il Progetto Mozambico vengono utilizzati format Excel in cui i valori sono ripartiti per macrovoci secondo la natura di costo e riportano i dati del budget approvato, dei consuntivi progressivi e del budget a finire; per il Progetto Myanmar e per i costi di sede viene utilizzato il sistema di pianificazione e controllo denominato "BMS".

Con riferimento al bilancio d'esercizio chiuso al 31 Dicembre 2017 abbiamo vigilato sull'impostazione e sulla 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 2017, tenuto conto di quanto osservato nella presente Relazione, non ha obiezioni da formulare in merito alla approvazione del bilancio di esercizio che riporta un risultato di esercizio (una perdita) pari a Euro 1.131.862,42 (che sarà coperta dal versamento integrativo al Fondo di Gestione che verrà deliberato dal Consiglio di Amministrazione).

Roma, 13 aprile 2018

Il Collegio dei Revisori

Dr. Paolo Fumagalli - Presidente



Dr. Pier Paolo Sganga



Dr.ssa Vanja Romano





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