

BILANCIO 2013



foundation



BILANCIO 2013

Indice

Lettera del Presidente

5

Relazione sulla gestione

6

Bilancio di esercizio 2013

18

Relazione del Collegio dei Revisori al bilancio dell'esercizio chiuso al 31.12.2013

24



Lettera del Presidente



Il 2013 ha visto l'avvio di due nuove iniziative di Eni Foundation nelle realtà emergenti del continente africano: Mozambico e Ghana. Orientate al miglioramento dei servizi di medicina materno-infantile nei territori rurali e più isolati, esse partecipano nei due paesi alle azioni per il miglioramento degli indici di mortalità infantile e materna, in linea con gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio stabiliti dalle Nazioni Unite.

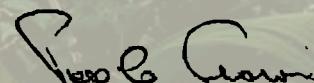
In Mozambico, nella Regione di Capo Delgado, sono stati avviati la realizzazione di un nuovo blocco operatorio per i parti critici presso il Centro Sanitario di Palma, la realizzazione di una residenza protetta per le donne in attesa del parto, il potenziamento dei servizi laboratoristici e radiologici, la formazione del personale medico e infermieristico.

In Ghana, nei distretti costieri della regione Occidentale, nei prossimi 3 anni sono previsti interventi di costruzione e riabilitazione in 8 cliniche di comunità, 10 centri di salute, 2 blocchi operatori in ospedali distrettuali di riferimento, oltre alla fornitura di attrezzature e arredi sanitari, automezzi di emergenza sanitaria, attività di formazione per operatori sanitari ed educazione sanitaria per le comunità residenti.

Nel 2013, in collaborazione con gli enti locali ghanesi, sono stati avviati i cantieri per la realizzazione di due cliniche di comunità nei distretti di Jomoro ed Ellembele ed un nuovo dipartimento per i servizi prenatali presso l'ospedale distrettuale di S.Martin de Porres, presso il centro urbano di Eikwe.

Dopo le positive iniziative concluse in Congo, Angola ed Indonesia, prosegue in Ghana e Mozambico l'impegno di Eni Foundation a tutela della salute dell'infanzia più vulnerabile, con progetti concreti, aperti alla collaborazione attiva delle comunità ed istituzioni locali, concepiti e realizzati per produrre effetti durevoli nel tempo.

Paolo Scaroni

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Paolo Scaroni".



Relazione sulla gestione

Profilo di Eni Foundation

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

Risorse umane

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

Modalità operative

Eni Foundation è una fondazione di impresa a carattere operativo. Per raggiungere gli obiettivi assegnati adotta un approccio proattivo, incentrando la propria attività su iniziative progettate e realizzate in autonomia. Tutti gli interventi di Eni Foundation sono ispirati ai seguenti principi: analisi e comprensione del contesto di riferimento; comunicazione trasparente con gli stakeholder; visione e impegno di lungo termine; diffusione e condivisione di risultati e conoscenze.

L'attività principale della Fondazione si realizza attraverso iniziative a favore dell'infanzia e nella sua specificità di fondazione di impresa, adotta i criteri di efficienza propri dell'ambito aziendale: pertinenza di obiettivi e contenuti; controllo gestionale; sostenibilità; misurabilità dei risultati attesi; replicabilità degli interventi.

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

Comitato Scientifico

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

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

Struttura organizzativa

La struttura di Eni Foundation è composta dai seguenti organi:

Consiglio di Amministrazione:

Presidente Paolo Scaroni

Vice Presidente Raffaella Leone

Consiglieri: Claudio Descalzi, Angelo Fanelli, Stefano Lucchini, Salvatore Sardo

Segretario Generale: Filippo Uberti

Collegio dei Revisori:

Presidente Francesco Schiavone Panni, Anna Gervasoni, Pier Paolo Sganga

Sintesi delle attività

A marzo 2013 la Fondazione ha avviato le attività sul terreno in **Ghana**, con un'iniziativa finalizzata allo sviluppo e al rafforzamento dei servizi sanitari nella Regione Occidentale del Paese e a contribuire così alla riduzione della mortalità infantile e materna, in partnership con il Ministero della Salute e le sue due agenzie di implementazione: Ghana Health service (GHS) e Christian Health Association of Ghana (CHAG).

Con la firma di un Memorandum of Understanding tra Eni Foundation e il Ministero della Salute del Mozambico, il 3 marzo 2013 alla presenza della First Lady, Sig.ra Maria da Luz Dai Guebuza, la Fondazione ha dato avvio ad un ulteriore progetto finalizzato al sostegno dei servizi di emergenza materno-infantile presso il Centro di Salute di riferimento del Distretto Palma nella Provincia di Cabo Delgado.

L'intervento è svolto in collaborazione con il Ministero della Salute del Mozambico, le autorità sanitarie provinciali e distrettuali, sotto l'Alto Patronato del Gabinetto della First Lady.



La salute dell'infanzia

Tra gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio delle Nazioni Unite un parametro fondamentale è rappresentato dalla **riduzione della mortalità infantile e di quella materna (MDG 4 e 5)**, per il quale venne fissata nel 1990 la riduzione di due terzi entro il 2015. L'indicatore ha fatto registrare un progresso complessivamente costante, soprattutto a partire dal 2000, ma con significative disparità tra aree geografiche.

A livello globale, i decessi dei bambini di età inferiore ai 5 anni sono diminuiti di un terzo tra il 1990 e il 2009, passando da 12,4 a 8,1 milioni. L'80% del totale si concentra nell'Africa Sub-Sahariana, Asia meridionale e Oceania e circa la metà in soli cinque Paesi – India, Nigeria, Repubblica Democratica del Congo, Pakistan e Cina. I tassi più elevati sono costantemente registrati nell'Africa Sub-Sahariana, dove 1 bambino su 8 muore prima di compiere i 5 anni, un valore circa 20 volte superiore rispetto alla media delle regioni sviluppate [1 su 167].

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

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

Tra le malattie infettive prevenibili con vaccino, il **morbo** è responsabile di 164.000 decessi nel 2008, nonostante una marca-

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

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

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



Ghana

Dati del Paese

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

Fonte: UNICEF 2012

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

Il Ghana con una popolazione di circa 24,9 milioni di abitanti è il Paese più popolato dell'Africa occidentale, dopo la Nigeria. Entro il 2020 la popolazione, secondo le stime, raggiungerà i 27 milioni. Il Ghana dispone di vaste risorse naturali che ne fanno il secondo esportatore mondiale di cacao e il nono di oro, cui si aggiungono petrolio, gas, legname, diamanti, bauxite e manganese che, insieme alle rimesse degli espatriati, costituiscono la fonte primaria di valuta pregiata. Gli organismi economici internazionali stimano che il Ghana crescerà ad una media del 7,5% l'anno nei prossimi cinque anni, nonostante le incertezze che aleggiano sui mercati internazionali.

L'economia del Ghana si è significativamente rafforzata nel corso degli ultimi 25 anni, durante i quali si è registrato un incremento della competitività commerciale e una riduzione dei livelli medi di povertà. Nel 2011 il PIL è aumentato di circa il 14% (grazie soprattutto alle attività dell'indotto della produzione petrolifera) anche se la stima per il 2012 è dell'8,2%. Con un reddito pro capite stimato di \$1550/anno (UNICEF 2012), il Ghana è adesso incluso fra i Paesi di

categoria lower middle-income ed entro il 2015 potrebbe raggiungere lo status di Middle Income Country. Il severo deprezzamento della moneta locale alla fine del 2012 sta promettendo un certo riparo dall'inflazione che aveva toccato punte del 25%.

Il numero delle persone che vivono sotto il livello di povertà si è dimezzato fra il 1996 ed il 2006, anche se estese aree di povertà continuano a essere presenti nel Paese, specialmente nelle zone più periferiche e rurali rispetto ai centri urbani principali.

Secondo l'ultimo rapporto UNICEF del 2012, il tasso di mortalità under 5 registrato è di 72 ogni mille nati e il tasso di mortalità materna 2012 di 350/100.000. Dati del 2011 indicano che circa l'87% delle donne in gravidanza effettua almeno le raccomandate 4 visite prenatali, e il 68% di esse ha la possibilità di partorire assistita da personale sanitario qualificato.

L'accesso della popolazione a fonti di acqua potabile ha raggiunto livelli dell'80%, il che permette al Ghana di raggiungere l'Obiettivo del Millennio per quanto riguarda la disponibilità di acqua potabile.

Arearie di intervento

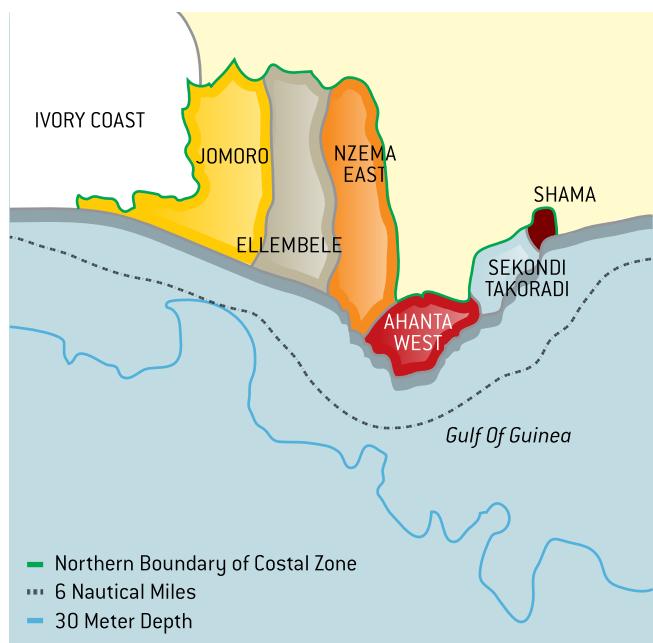
Le aree di intervento del progetto sono distribuite in tre distretti costieri della Regione occidentale del Ghana: Jomoro, Ellembele, Ahanta West, dove risiedono circa 350.000 persone, distribuite prevalentemente in aree rurali e isolate, di cui oltre 80.000 sono bambini da 0 a 10 anni e circa 70.000 le donne in età fertile.

A Sekondi-Takoradi, capoluogo regionale, sono previste attività di supporto alla direzione regionale di salute in termini di sviluppo delle capacità 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 socio-sanitari. Dati del 2008 riportano che in tutta la regione occidentale vi sia stata la presenza di soli 77 medici (1 ogni 33.000 abitanti) e 4 dentisti (1 ogni 638.000 abitanti).

I tre distretti di Ahanta West, Ellembele e Jomoro, dove si svolge il progetto, registrano una popolazione residente di circa 350.000 persone (Ghana Health Service, 2009).

Ahanta West è un distretto costiero situato nella parte più meridionale della regione occidentale ad est rispetto al capoluogo Sekondi-Takoradi. Meno della metà (49%) della distribuzione territoriale del distretto si colloca entro una fascia di accessibilità da parte della popolazione alle strutture sanitarie stimata in circa 25 minuti. Questa fascia contiene il 77% degli insediamenti urbani e circa l'85% della popolazione del distretto. Circa il 7% degli insediamenti e il corrispondente 6% della popolazione risiede in aree che necessitano fino e oltre 1 ora per raggiungere la più vicina struttura sanitaria.

Ellembele è uno dei 6 distretti costieri nella Regione. Solo il 30% della sua area si colloca entro la zona di accesso alle strutture sanitarie con tempi stimati entro i 25 minuti, anche se ospita la maggioranza della popolazione residente. Circa il 17% degli insediamenti urbani di Ellembele sono localizzati in zone a bassa accessibilità con tempi superiori ai 60 minuti.



Anche il Distretto di Jomoro è un distretto costiero, e confina con la Costa D'Avorio. Circa il 30% del territorio si trova entro la fascia dei 25 minuti per il raggiungimento della più vicina struttura sanitaria da parte della popolazione residente, la quale per la maggior parte, occupa questa fascia di territorio. Circa il 18% degli insediamenti si trova nella fascia dei 60 minuti e oltre, specialmente per quelle comunità che sorgono sulle sponde delle abbondanti lagune presenti e dove, specialmente durante la stagione delle piogge, l'accesso alle strutture è estremamente difficoltoso.

Attività previste

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

Il progetto prevede la realizzazione delle seguenti attività:

- Estensione dei servizi sanitari di base nelle aree meno servite, in linea con la strategia di pianificazione e dei servizi sanitari a livello comunitario, promossa dal Ministero della Salute. Questa attività prevede la nuova costruzione di 8 Community-based Health Planning and Services, CHPS Compound (ambulatori rurali) equamente distribuiti nei distretti di Jomoro ed Ellembele, in sintonia con la strategia del locale Ministero della Salute. Dal 2000 infatti detto Ministero prevede di supportare ed espandere le attività sanitarie di primo livello in ambiente rurale tramite la diffusione di questo tipo di strutture sul territorio per favorire le attività porta a porta di prevenzione e cura. Tali CHPS saranno completamente equipaggiati secondo gli standard forniti dallo stesso Ministero della Salute ghanese e avranno in dotazione delle moto di tipo enduro per permettere gli spostamenti del personale verso le rispettive

comunità. Sono previsti corsi di aggiornamento professionale per tutto il personale che prenderà servizio in queste nuove strutture, così come l'implementazione di attività comunitarie di Informazione, Educazione e Comunicazione. Saranno infine organizzati corsi professionali per le Traditional Birth Attendants (TBAs) per l'utilizzo delle risorse tradizionalmente presenti nelle comunità per l'identificazione delle gravidanze a rischio e per la diffusione della pratica del parto "pulito" (kit predisposto) e assistito.

- Gli stessi CHPS consentiranno altresì il rafforzamento della copertura vaccinale permettendo di presidiare il territorio rurale, l'aggiornamento professionale degli agenti sanitari e la fornitura di mezzi di trasporto utili al personale residente per coprire ampi territori.
- Rafforzamento dei servizi di medicina materno-infantili (prenatali, ostetrici, neonatali e pediatrici in genere) e di emergenza ostetrica e neonatale di base a livello intermedio [Centri di Salute]. Nell'ambito del progetto è prevista la riabilitazione e/o upgrade di 10 Centri di Salute [1 in Ahanta West, 4 in Jomoro e 5 in Ellembele]. Il Centro di Salute in Agona Nkwanta (Ahanta West) e quello di Aidoo Suazo (Ellembele) potranno aumentare il numero e la qualità dei servizi erogati grazie alla realizzazione di una Accident & Emergency Unit (Agona) e di un Blocco Maternità (Aidoo). Anche per il personale di questi Centri di Salute sono previsti corsi di aggiornamento professionale per il rafforzamento della qualità dei servizi erogati. Tutti i Centri di Salute avranno la possibilità di completare il loro equipaggiamento medico grazie alla fornitura delle attrezzature mancanti oppure non funzionanti. È inoltre prevista la fornitura di 4 ambulanze per garantire l'accesso ai casi in emergenza dal territorio e di un battello ambulanza per il distretto di Jomoro, zona lagunare, dove spesso le vie terrestri sono di difficile accesso specie durante la stagione delle piogge.



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

- Rafforzamento delle capacità di pianificazione, monitoraggio e valutazione e di formazione del personale medico, chirurgico, infermieristico, tecnico e amministrativo a livello regionale e distrettuale. Saranno organizzati, anche con la partecipazione di istituzioni internazionali, corsi tesi alla riqualificazione del personale responsabile. Le aree di interesse saranno: management sanitario; ricerca; ottenimento ed elaborazione dei dati sanitari ed epidemiologici; pianificazione, monitoraggio & valutazione, coinvolgendo sia il livello regionale che distrettuale. Le scuole di formazione infermieristica di Asante ed Essiama saranno fornite di attrezzature didattiche e multimediali. Gli uffici regionali Ghana Health Service saranno forniti di attrezzature informatiche per permettere l'ammodernamento della gestione dati.
Per il monitoraggio del progetto e la valutazione del suo impatto locale, una AKAP baseline survey per la raccolta di indicatori sanitari di base selezionati, attitudini e usi della popolazione locale sarà svolta nelle aree in cui sorgeranno i CHPS Compound di nuova costruzione. Al termine delle attività di progetto, sarà eseguita un'ulteriore survey competitiva.

Partner e ruoli

Eni Foundation finanzia il progetto ed è responsabile della sua gestione. Il Ministero della Salute del Ghana gioca un ruolo fondamentale nel progetto poiché metterà a disposizione, attraverso l'Agenzia esecutrice pubblica Ghana Health Service, le strutture coinvolte, il personale tecnico sanitario, i farmaci e ogni ulteriore supporto necessario.

Il Christian Health Association of Ghana (CHAG) sarà coinvolto in quanto Agenzia esecutrice dello stesso Ministero ma anche soggetto di grande rilevanza per le emergenze ostetriche e neonatali nel distretto di Ellembele.

Tra i partner scientifici del progetto, l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù fornirà supporto tecnico in materia di formazione specialistica del personale medico-chirurgico e infermieristico operatorio.

Durata e costi

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



Attività svolte nel 2013

Tra le prime attività del 2013 vanno segnalate l'apertura e l'organizzazione della sede di progetto a Sekondi-Takoradi ed il reclutamento delle risorse umane in loco.

Sono state organizzate visite presso le comunità e i siti dove è prevista la costruzione dei nuovi Community-based Health Planning and Services, (CHPS Compound). Le visite sono state condotte dal team Eni Foundation insieme a rappresentanti delle pubbliche amministrazioni locali e rappresentanti del Ghana Health Service. Tali visite hanno avuto lo scopo di:

- confermare i bisogni sanitari delle comunità presso cui verranno realizzati i CHPS, permettendo inoltre agli ingegneri la valutazione tecnica dei siti designati per le costruzioni;
- condividere gli interventi previsti con i rappresentanti delle comunità, al fine di ottenere la donazione e la messa a disposizione delle parcelle di terra tramite lettera di donazione autografa da dai capi villaggio;
- rilevare tramite satellite l'esatta locazione dei futuri CHPS allo scopo di produrre una mappatura dei siti di progetto.

È stato donato all'Ospedale di S. Martin de Porres in Eikwe, distretto di Ellembele, un fuoristrada land cruiser con cui avviare, da parte dell'Ospedale, le attività di Prevenzione e Assistenza Sanitaria di base oltre che di Informazione, Educazione e Comunicazione sanitaria presso le comunità dei villaggi poco serviti del proprio bacino di utenza.

Per quanto riguarda invece le attività da compiersi con il GHS, in collaborazione con le autorità competenti locali è stata sviluppata la

documentazione tecnica (disegni e specifiche tecniche edifici, arredi ed equipaggiamenti ospedalieri) necessaria alla predisposizione dei capitolati tecnici dei centri sanitari da realizzare o riabilitare. Tali lavori saranno commissionati tramite procedura selettiva ad alcune Organizzazioni non Governative presenti in Ghana.

Sono stati sottoscritti accordi con le Pubbliche Amministrazioni di Jomoro ed Ellembele (District Assemblies) per la realizzazione di un CHPS Compound, e con l'Ospedale di S. Martin de Porres nel distretto di Ellembele per la realizzazione di una nuova area dedicata ai servizi di assistenza pre-natale. I tre accordi includono la realizzazione contestuale di attività di Informazione, Educazione e Comunicazione (IEC) in ambito materno-infantile nei rispettivi bacini di utenza più 20 comunità e 36 scuole di vario livello per l'Ospedale di S. Martin de Porres. Tutte le strutture saranno complete di approvvigionamento di acqua trattata tramite pozzo artesiano, reservoir acqua motorizzato elettricamente, allacciamento alla rete elettrica, equipaggiamento medicale secondo gli standard delle autorità sanitarie locali e riceveranno una certificazione finale di conformità da parte del Ghana Health Service.

L'accordo fra Eni Foundation e il distretto di Ellembele è stato sottoscritto il 20 agosto 2013, e la comunità prescelta ad ospitare la prima costruzione è stata Nyamebekyere, in accordo con la lista di priorità fornita dall'Ufficio regionale del Ghana Health Service. Il cantiere è stato avviato a novembre 2013, ed è previsto sia consegnato entro maggio 2014. Alla fine del 2013 è stato completato il 21% delle opere previste. L'accordo con l'amministrazione del distretto di Jomoro è stato firmato il 21 agosto 2013 e la comunità coinvolta è stata quella di Jaway Wharf, sempre in accordo con la lista di prio-



rità rilasciata dal Ghana Health Service. Il cantiere è stato aperto il giorno 11 novembre 2013, e la consegna del CHPS è prevista entro fine Aprile 2014. Alla fine del 2013 è stato completato il 37% delle opere previste.

L'accordo con l'Ospedale S. Martin de Porres in Eikwe, distretto di Ellembele è stato firmato il 21 agosto 2013. Tale Ospedale è gestito direttamente dall'organizzazione ghanese Christian Health Association of Ghana (CHAG), la quale insieme al Ghana Health Service (GHS) è partner di Eni Foundation nell'implementazione del progetto. Il cantiere è stato aperto il 4 novembre ed è prevista la conclusione dei lavori a maggio 2014. Alla fine del 2013 è stato completato il 36% delle opere previste.

Per disporre di un sistema di monitoraggio degli effetti sui beneficiari finali, è stato previsto lo svolgimento, di due distinte indagini, all'avvio del progetto (ex-ante) e dopo la sua conclusione (ex-post). La realizzazione di tali indagini, su indicazione dell'ufficio regionale del Ghana Health Service, è stata affidata all'Università di Cape Coast, istituzione accademica e scientifica di indiscussa fama in Ghana, ed in particolare al Dipartimento di Medicina Comunitaria. Gli obiettivi dell'indagine sono:

- la valutazione dei bio-indicatori di salute materna, neo-natale e infantile preselezionati in situazione di pre-esposizione alle attività previste, nell'ambito delle comunità identificate dove sia prevista la realizzazione dei CHPS Compound, sia nel distretto di Jomoro che Ellembele;
- la valutazione di alcuni elementi chiave in termini di conoscenza, consapevolezza, attitudine e pratica (AKAP) delle donne residenti nelle comunità selezionate in età riproduttiva riguardo ai temi di salute materna e infantile e di accesso ai servizi sanitari.

Nel mese di novembre 2013 il Dipartimento di medicina Comunitaria ha eseguito le indagini conoscitive sul territorio presso le comunità interessate.

Nel distretto di Ellembele i siti dove l'indagine si è svolta sono stati

quelli di Sanzule, Adubrim, Nyamebekyere e Asomase, i quali comprendono altre 18 comunità minori, comunque affluenti alle stesse strutture sanitarie, per un totale di 13.431 persone. Per il distretto di Jomoro le comunità interessate sono state quelle di Fawoman, New Ankasa, Tweakor II e Jaway Wharf i quali comprendono altre 23 comunità minori per un totale di 15.889 persone residenti.

Considerando quindi un totale cumulativo di quasi 30.000 residenti, il campione prescelto per l'indagine è stato di 250 nuclei familiari, ripartiti in 100 per Ellembele e 150 per Jomoro, distribuiti proporzionalmente in relazione al numero di abitanti di ogni sito dove un CHPS sarà realizzato. Per la sperimentazione dei questionari proposti è stato realizzato uno studio pilota presso la comunità di Kwapro nella zona di Cape Coast, durante il quale sono stati positivamente testati i 3 questionari in inglese da gruppi misti uomo/donna di intervistatori. I tre questionari erano diretti e strutturati per diverse tipologie di intervistati: per il gruppo familiare nel suo complesso ma con maggiore attenzione al capo famiglia, per le madri e donne in età riproduttiva (15-49 anni) e l'ultimo indirizzato verso la madre di bimbi sotto i 5 anni di età.

In aggiunta ai questionari, per i bambini entro i 5 anni, sono stati proposti: un test rapido per individuare la prevalenza della malaria fra i gruppi e una misurazione MUAC (Middle-Upper-Arm-Circumference) per la rilevazione del tasso di malnutrizione severa/moderata del campione.

Per la corretta localizzazione delle unità familiari, spesso residenti in contesti geografici privi di punti di riferimento stabili, è stato promosso l'uso della mappatura satellitare di tutte le abitazioni interessate dall'indagine, per permettere la loro futura e ulteriore localizzazione al momento dell'indagine di controllo da svolgersi alla fine del progetto.

Gli indicatori prescelti in fase di progettazione dell'indagine sono stati individuati fra quelli che più fossero rappresentativi della reale situazione di salute delle donne e bambini nei vari distretti. La lista degli indicatori chiave comprende per i bambini:

- copertura vaccinale per DPT3 (difterite-tetano-pertosse);
- prevalenza di malattie diarreiche e uso dei sali di ridratazione fra i bambini entro i cinque anni;
- distribuzione di extra dosi di vitamina A fra i minori di 5 anni;
- prevalenza di malnutrizione (severa/moderata);
- allattamento materno esclusivo fino al sesto mese e tipologia di nutrizione per lo svezzamento;
- prevalenza della malaria fra i bambini entro i 5 anni ed uso dei combinati a base di artemisina come trattamento (ACT);
- prevalenza delle infezioni acute del tratto respiratorio e relativo trattamento di scelta.

Per il monitoraggio della salute materna:

- n. di visite pre-natali (almeno 4);
- presenza di personale sanitario qualificato al momento del parto;
- parto in strutture protette;
- assistenza sanitaria post parto (dove/quando/da chi ricevuta);
- uso appropriato di anticoncezionali e loro diffusione (prevalenza).

Per ottimizzare la presenza degli intervistatori presso le unità abitative delle famiglie coinvolte sono state anche rilevate le loro caratteristiche (disponibilità di acqua potabile, tipologia di servizi igienici presenti, materiale di realizzazione dei pavimenti e tetto, eventuale presenza di energia elettrica e beni di consumo) e la disponibilità di zanzarie impregnate e il loro uso.



Mozambico

Dati del Paese

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

Fonte: UNICEF 2012

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

Aree di intervento

Il Mozambico è situato nella parte sud orientale del continente africano. Il Paese è diviso in 10 Province. Cabo Delgado è la Provincia più settentrionale del Paese ed è anche sede di alcuni indicatori di salute critici. Localizzata nell'area nord est, al confine con la Tanzania, ha una popolazione totale stimata in circa 1.700.000 abitanti.

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

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

La carenza di risorse finanziarie e di risorse umane in particolare è di gran lunga il più grande ostacolo allo sviluppo del settore sanitario e costituisce una barriera importante per il conseguimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDG): con meno di 3 medici e di



21 infermieri ogni 100.000 abitanti, il Paese presenta una delle più basse densità di operatori sanitari nel mondo.

La Provincia di Cabo Delgado, visualizzata nella figura 1, è suddivisa in 17 distretti, la sua capitale è la città di Pemba.

Le attività sanitarie della Provincia sono caratterizzate da medie al di sotto dei livelli nazionali a causa di esiguità delle risorse finanziarie e umane, della scarsa capacità tecnica sia in ambito clinico che gestionale e amministrativo.

Tali condizioni contribuiscono a spiegare i bassi tassi di copertura delle prestazioni sanitarie in ambito materno-infantile.

Il contesto specifico dell'intervento è rappresentato dal distretto di Palma, un'area costiera che si affaccia sull'Oceano Indiano. La popolazione conta poco meno di 60.000 abitanti, la metà dei quali è concentrata nella città di Pemba, mentre la rimanente è dispersa nel territorio. La rete delle comunicazioni e dei trasporti è molto povera. L'attività economica principale è la pesca. La rete sanitaria del distretto di Palma è costituita da 6 centri sanitari: Palma, Pundanhar, Quionga, Olumbe, Maganja e Mute per un totale di 22 posti letto e 70 operatori sanitari di cui solo un terzo qualificati.

(tabella 2) Il centro sanitario di Palma è la struttura obiettivo principale dell'intervento che si propone di trasformarlo in un ospedale distrettuale. Consta di 50 posti letto distribuiti in reparti di medicina, maternità e pediatria. Il laboratorio è provvisto di un limitato equipaggiamento strumentale; manca la radiologia. Nel distretto nessun servizio 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 beneficeranno del programma anche il personale sanitario (poco più di 50 persone) del reparto di ostetricia, ginecologia e neonatologia del Centro di Salute di riferimento e il personale dei 6 Centri di Salute (circa 20 persone) preposti a offrire il servizio di emergenza ostetrica di base. Beneficiari indiretti sono tutti gli abitanti del distretto di Palma che potranno utilizzare servizi sanitari migliorati (circa 52.000 persone).

Descrizione del progetto

Obiettivo

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

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

Attività

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

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

Partner e ruoli

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

Durata e costi

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

Attività svolte nel 2013

Nel corso del 2013 sono stati completati gli studi preliminari di fattibilità ed è stato sottoscritto un Memorandum of Understanding con il MISAU per la realizzazione dell'iniziativa.

Le attività di progetto sono iniziate nel mese di giugno:

- Sono state riabilitate due strutture per favorire la permanenza in loco degli operatori sanitari in forza nel Centro di Salute di Palma e che a fine progetto saranno utilizzate come Casa de Espera (vedi oltre).
- È stato completamente riabilitato il sistema di approvvigionamento (pozzo di 61 metri e pompa di immersione elettromeccanica a 55 metri di profondità) e distribuzione idrico dell'ospedale di Palma, non funzionante da anni e formato il personale locale necessario per la manutenzione preventiva del sistema.
- È stato completamente rinnovato l'impianto elettrico del sistema di approvvigionamento idrico e dotato di presa di massa a terra contro scariche atmosferiche.
- È stata completata la progettazione operativa per la costruzione di un blocco operatorio che consentirà, entro la fine del progetto, di erogare prestazioni chirurgiche ed ostetriche di tipo comprensivo (C-EmONC). I lavori sono iniziati a novembre 2013.
- È stata eseguita la progettazione operativa e sono in via di definizione i contratti per la costruzione e l'arredamento di un'abitazione "Casa de Maes Espera" per accogliere le donne gravide in imminenza di parto con possibili complicazioni nell'istituzione sanitaria.

In termini strettamente medici l'assistenza tecnica al Centro di Salute di Palma si è concretizzata, in questa prima fase, attraverso il sostegno medico specialistico e l'aggiornamento professionale on the job da parte di pediatri e ginecologi ostetrici espatriati offerto al personale locale. Al fine di migliorare la qualità delle cure pediatriche del Centro di Palma sono state regolarmente supervisionate le attività ambulatoriali e di reparto con discussione dei casi e controllo della documentazione clinica. Le attività di sostegno degli specialisti ostetrici sono state orientate al miglioramento della gestione clinica delle donne gravide, dell'assistenza al parto e al neonato, alla prevenzione delle infezioni ospedaliere.

Sono inoltre stati organizzati corsi di formazione su emergenze emorragiche, in gravidanza e post-partum, e su sepsi e infezioni puerperali di cui hanno beneficiato 34 operatori sanitari del Centro di Salute di Palma e dei Centri periferici.

L'acquisto di un mezzo di trasporto fuoristrada ha permesso all'equipe di sostenere la realizzazione di attività cliniche mobili nel territorio distrettuale. Sono state eseguite 20 uscite nei villaggi remoti che hanno permesso la supervisione delle attività nei centri periferici e l'incremento del numero di bambini e donne gravide vaccinate.

L'Organizzazione ha inoltre sostenuto la campagna nazionale contro le malattie neglette e trascurate (filariosi, schistosomiasi ed elmintiasi) permettendo la distribuzione di farmaci specifici quali invermectin, praziquantel, e albendazolo a più di 20.000 persone a rischio.

La rete sanitaria del distretto di Palma è costituita da 6 Centri Sanitari: Palma, Pundanhar, Quionga, Olumbe, Maganja e Mute per un totale di 22 posti letto e 69 operatori sanitari di cui solo un terzo qualificati.



Quadro sintetico della rete sanitaria del distretto di Palma

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

Il centro sanitario di Palma è la struttura obiettivo principale dell'intervento che si propone di trasformarlo in un ospedale distrettuale. Consta di 45 posti letto distribuiti in reparti di medicina, maternità e pediatria. Il laboratorio è provvisto di un limitato equipaggiamento strumentale; manca la radiologia.

Centro di Salute di Palma anno 2011: rilievi epidemiologici

	Pazienti	Decessi	Tasso di letalità [%]
Ricoveri	2.680	72	2,7
Diarrea	59	1	1,7
Malaria	451	10	2,2
Polmonite	76	3	4,1
Malnutrizione	14	2	16,7
Anemia	69	2	2,9
Tubercolosi	12	2	16,6
HIV/Aids	135	6	4,4
Altro	534	9	1,6
Ricoveri pediatrici	445	13	2,9
Visite ambulatoriali	47.633		



Nel distretto al momento nessun servizio è disponibile per le emergenze ostetriche e neonatali.

Centro di Salute di Palma anno 2013 Reparto maternità

	Nº eventi	percentuali
Ricoveri	1131	-
Parti	867	-
Nati	867	-
Neonati deceduti	26	2,9
Decessi materni	2 ^[a]	-
Madri HIV +	39	4,2
Basso peso alla nascita	83	8,8

^[a] Mortalità materna deducibile, corrisponde a 213 per centomila nati vivi.



Le attività formative nella fase iniziale dell'iniziativa sono state coordinate in modo da contribuire alla riorganizzazione dei reparti e permettere una integrazione degli interventi di formazione continua al fianco degli operatori nel corso delle attività correnti con corsi veri e propri di aggiornamento.

Tipologia	Personale formato	N. donne partecip.	ore
1 corso di formazione "emergenze ostetriche" su "emorragie in gravidanza e post-partum"	21 operatori sanitari (13 del Centro di Salute di Palma e 8 dalle Unità Sanitarie Periferiche)	7	8 ore
1 corso di formazione su "sepsi puerperale"	11 operatori sanitari del Centro di Salute di Palma	3	4 ore
Formazione on-the-job in pediatria (assistenza al paziente pediatrico e al neonato, emergenze respiratorie)	17 operatori sanitari del Centro di Salute di Palma	4	15 ore settimanali
Formazione on-the-job in ostetricia (assistenza parto e al neonato, aborto spontaneo, ritenuto, terapie antibiotiche)	14 operatori sanitari del Centro di Salute di Palma	4	30 ore settimanali

Sintesi della spesa

Il consuntivo al 31 dicembre 2013 ha chiuso con una spesa complessiva di 2.184.253 euro (comprensiva di interessi attivi su conto corrente bancario, differenze attive su cambi e rettifiche di oneri), di cui in particolare:

- 1.748.063 euro per i costi relativi all'attività caratteristica della Fondazione;
- 661.098 euro per i costi di gestione;
- 17.061 euro per le imposte.

Gli oneri relativi alla realizzazione dei progetti sanitari in Ghana e Mozambico ammontano a 1.311.031 euro e riguardano:

- il progetto in Mozambico per 730.979 euro per spese relative alla realizzazione del nuovo blocco operatorio presso il Centro di Salute di Palma (Provincia di Cabo Delgado), attività di training on the job al personale sanitario del centro e costi operativi di progetto;
- il progetto in Ghana per 580.052 euro per spese relative alla realizzazione di 2 Centri Sanitari di comunità, un reparto prenatale ospedaliero e acquisto automezzi e costi operativi di progetto.

Le erogazioni liberali effettuate a soggetti terzi che non hanno finalità di lucro ammontano a 16.300 euro.

I costi di supporto generale ammontano a 661.098 euro e riguardano prevalentemente:

- i costi del personale in comando (236.800 euro);
- le prestazioni rese da Eni SpA nell'ambito del contratto di servizi (191.952 euro);
- le prestazioni rese dagli Organi Statutari (229.025 euro).

Le imposte assommano a 17.061 euro.

Ripartizione della spesa 2007-2013

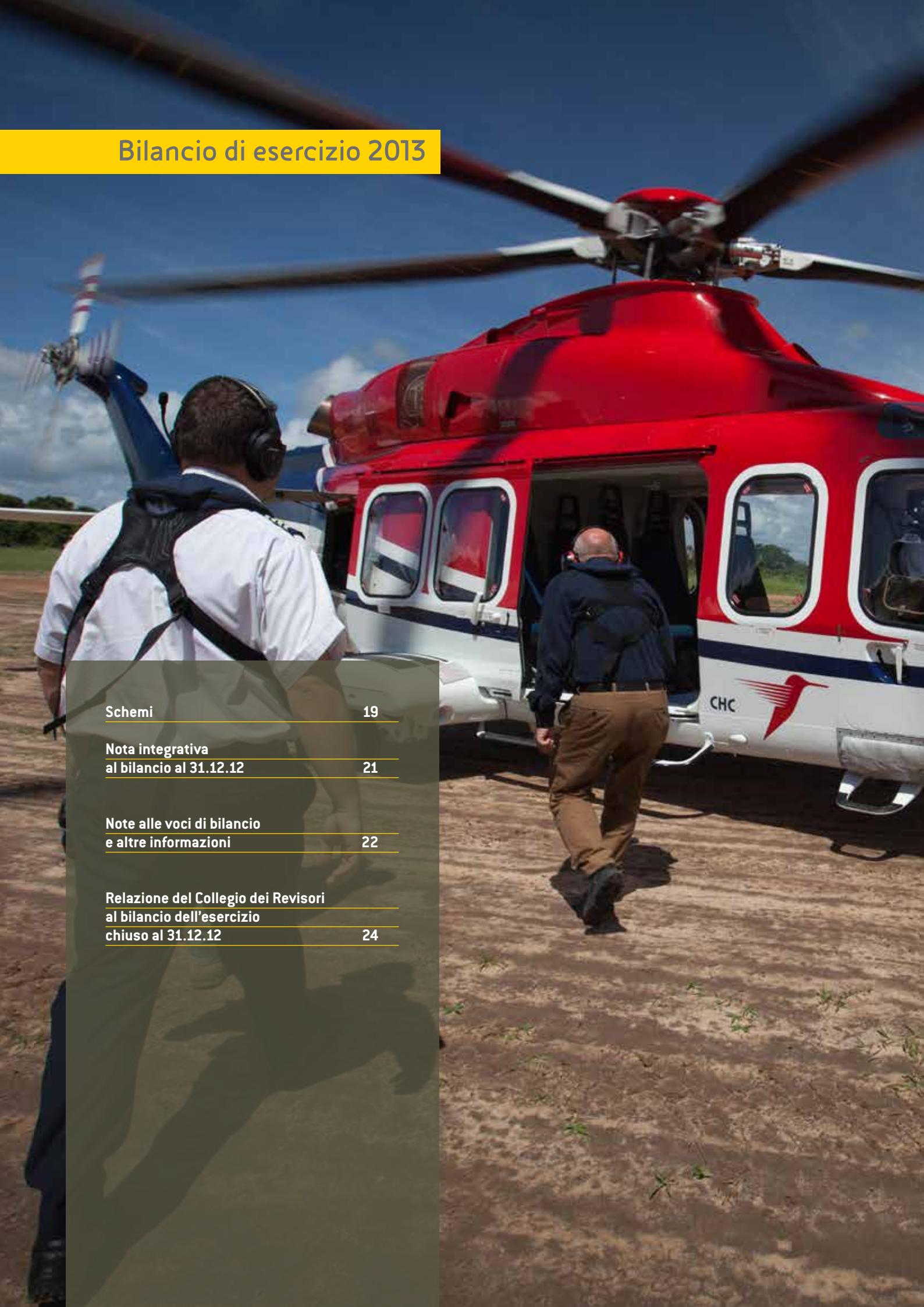
Da quando è diventata operativa nel 2007, Eni Foundation ha speso complessivamente 28.327.253 euro. Di questa spesa, 22.982.063 euro sono rappresentati dagli oneri sostenuti per le attività tipiche della Fondazione, quali le iniziative progettuali promosse nei Paesi dove opera, e, in misura molto più ridotta, da liberalità.

Il resto della spesa complessiva, 5.730.000 euro, è rappresentato dagli oneri di supporto generale sostenuti per consentire il funzionamento della Fondazione stessa (prevolentemente costi relativi al personale in comando, prestazioni effettuate da Eni SpA nei confronti di Eni Foundation, nonché prestazioni degli Organi Statutari).



Bilancio di esercizio 2013

Schemi	19
Nota integrativa al bilancio al 31.12.12	21
Note alle voci di bilancio e altre informazioni	22
Relazione del Collegio dei Revisori al bilancio dell'esercizio chiuso al 31.12.12	24



Schemi

Stato Patrimoniale

ATTIVITÀ	(euro)	Note	31.12.2012	31.12.2013
A CREDITI VERSO ASSOCIATI PER VERSAMENTO QUOTE				
B IMMOBILIZZAZIONI				
I <i>Immobilizzazioni immateriali</i>				
II <i>Immobilizzazioni materiali</i>		1	0	0
III <i>Immobilizzazioni finanziarie</i>				
C ATTIVO CIRCOLANTE				
I <i>Rimanenze</i>				
II <i>Crediti</i>				
Crediti verso socio fondatore				
Crediti tributari		2	24.878	11.749
III Attività finanziarie (che non costituiscono immobilizzazioni)			24.878	11.749
IV <i>Disponibilità liquide</i>				
Depositi bancari e postali		3	67.602	5.867.905
D RATEI E RISCONTI			67.602	5.867.905
TOTALE ATTIVITÀ			92.480	5.879.654
PASSIVITÀ E PATRIMONIO NETTO	(euro)	Note	31.12.2012	31.12.2013
A PATRIMONIO NETTO				
I Patrimonio libero		4		
Fondo di gestione (art. 6 dello Statuto)			23.000.000	33.000.000
Risultato gestionale esercizi precedenti			(21.494.170)	(26.143.379)
Risultato gestionale esercizio in corso			(4.649.209)	(2.184.253)
II Fondo di dotazione dell'azienda		5	110.000	110.000
			(3.033.379)	4.782.368
B FONDI PER RISCHI E ONERI				
C TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO DI LAVORO SUBORDINATO				
D DEBITI				
Debiti verso fornitori		6	2.350.281	624.228
Debiti verso socio fondatore		7	722.603	364.372
Debiti tributari				
Debiti verso istituti di previdenza e di sicurezza sociale				
Altri debiti		8	52.975	108.686
Debiti verso il Ministero dell'Economia e delle Finanze				
			3.125.859	1.097.286
E RATEI E RISCONTI				
TOTALE PASSIVITÀ E PATRIMONIO NETTO			92.480	5.879.654
F CONTI D'ORDINE				
Beni presso terzi				

Rendiconto gestionale

PROVENTI	(euro)	Note	31.12.2012	31.12.2013
Proventi da attività tipiche				
Proventi da attività accessorie				
Proventi diversi di gestione				
Proventi finanziari e patrimoniali				
Proventi finanziari da depositi bancari	9		14.897	543
Altri proventi finanziari	10			241.474
TOTALE PROVENTI			14.897	242.017
ONERI	(euro)	Note	31.12.2012	31.12.2013
Oneri di attività tipiche				
Acquisti	11		598.361	368.709
Servizi	12		3.436.413	1.348.318
Godimento beni di terzi	13		107.620	10.486
Oneri diversi di gestione	14		11.050	20.550
			4.153.443	1.748.063
Oneri finanziari e patrimoniali				
Oneri finanziari su depositi bancari	15			48
Altri oneri finanziari			48.768	
Oneri di supporto generale				
Servizi	16		440.746	659.915
Godimento beni di terzi				
Ammortamenti				
Altri oneri	17		1.497	1.183
			442.243	661.098
TOTALE ONERI			4.644.454	2.409.209
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE			(4.629.557)	(2.167.192)
IMPOSTE DELL'ESERCIZIO				
Imposte esercizi precedenti	18		9.927	796
Imposte correnti	19		(29.579)	(17.857)
TOTALE IMPOSTE DELL'ESERCIZIO			(19.652)	(17.061)
RISULTATO DELLA GESTIONE			(4.649.209)	(2.184.253)

Nota integrativa al bilancio al 31 dicembre 2013

Criteri di formazione

Il bilancio della Fondazione chiuso al 31 dicembre 2013 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 statutari.

Criteri di valutazione

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

Stato Patrimoniale

I criteri di valutazione delle voci dello stato patrimoniale sono stati i seguenti:

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

Rendiconto gestionale

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

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

Aspetti fiscali

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

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

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

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

Informazioni sull'occupazione

La Fondazione non ha dipendenti a ruolo.

Note alle voci di bilancio e altre informazioni

Stato Patrimoniale

Immobilizzazioni

1) IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI

Sono costituite da 3 computer ricevuti nel 2009 da Eni SpA per cessione gratuita.
Sono iscritte al valore normale di 60 euro e interamente ammortizzate.

Attivo circolante

2) CREDITI TRIBUTARI

Sono costituiti dal credito verso l'Erario sorto per effetto degli acconti IRAP versati durante l'anno risultati poi superiori all'imposta dovuta.

3) DISPONIBILITÀ LIQUIDE

Le disponibilità liquide di 5.867.905 euro sono interamente costituite dalle giacenze presso la BNL Gruppo BNP Paribas c/c 451 – sportello Eni Roma.

Patrimonio netto

4) PATRIMONIO LIBERO

Il patrimonio libero è costituito:

- dal fondo di gestione, previsto dall'art. 6 dello Statuto della Fondazione, attualmente di euro 33.000.000;
- dal risultato gestionale negativo degli esercizi precedenti di 26.143.380 euro;
- dal risultato gestionale negativo dell'esercizio in esame di 2.184.253 euro.

5) FONDO DI DOTAZIONE

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

Debiti

6) DEBITI VERSO FORNITORI

I debiti verso fornitori ammontano a 624.228 euro dei quali:
euro 325.502 verso Eni Ghana Exploration & Production;
euro 167.979 verso Eni Mozambico SpA;
euro 42.941 verso Eni International Resources Ltd;
euro 29.534 verso St. Martin de Porres Hospital;
euro 20.591 verso Eni Congo;
euro 15.854 verso Jomoro District Assembly;
euro 13.258 verso University of Cape Coast;
euro 10.509 verso Ellembelle District Assembly

si riferiscono alle prestazioni rese nell'ambito dei relativi contratti e sono parzialmente compensati dal conguaglio a credito per il service amministrativo svolto nei primi cinque mesi dell'anno da Eni Adfin (incorporata in Eni il 1º giugno 2013).

7) DEBITI VERSO SOCIO FONDATORE

I debiti verso Eni di 364.372 euro sono rappresentati dagli addebiti ricevuti relativi ai costi di personale in comando e al contratto di servizi.

8) ALTRI DEBITI

Gli altri debiti ammontano a 108.687 euro e riguardano essenzialmente lo stanziamento per gli emolumenti dei componenti degli Organi Sociali.

Rendiconto economico della gestione

Proventi finanziari e patrimoniali

9) PROVENTI FINANZIARI DA DEPOSITI BANCARI

I proventi finanziari di 543 euro sono costituiti dagli interessi attivi maturati sul deposito bancario presso la BNL Gruppo BNP Paribas.

10) ALTRI PROVENTI FINANZIARI

Gli altri proventi finanziari di 241.474 euro sono costituiti dalla differenza cambio attiva su fattura in USD di Eni Angola per 15.278 euro e dalla rettifica contabile dovuta allo storno di stanziamenti passivi registrati nel 2012 per complessivi 226.196 euro.

Oneri di attività tipiche

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

11) ACQUISTI

Ammontano a 368.709 euro e riguardano gli acquisti di materiali e attrezzature per i Centri Sanitari e le basi operative nell'ambito dei progetti condotti da Eni Foundation in Ghana e in Mozambico, effettuati sostanzialmente da Eni Ghana Exploration & Production ed Eni Mozambico in base ai contratti di servizio stipulati con la Fondazione:

- 253.223 euro per il progetto Mozambico;
- 115.486 euro per il progetto Ghana.

12) SERVIZI

Ammontano a 1.348.318 euro e riguardano le spese rese nell'ambito dei progetti di cui alla precedente nota per ristrutturazione e equipaggiamento di centri sanitari; prestazioni mediche e prestazioni tecniche di personale specializzato; attività di ricerca e supporto ad attività sanitarie, di formazione e addestramento e di sensibilizzazione, di cui:

- 474.044 euro per il progetto Mozambico;
- 453.543 euro per il progetto Ghana;
- 420.731 euro per il progetto Bambino Gesù.

13) GODIMENTO BENI DI TERZI

Ammontano a euro 10.486 e sono costituiti dai noleggi di autoveicoli inerenti alle attività svolte in Ghana.

14) ONERI DIVERSI DI GESTIONE

Ammontano a 16.300 euro e sono costituiti da elargizioni effettuate ad aziende e associazioni non profit.

Oneri finanziari e patrimoniali

15) ONERI FINANZIARI SU CONTI CORRENTI BANCARI

Ammontano a 48 euro e sono costituiti dagli interessi passivi sul conto corrente bancario.

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 659.915 euro e sono costituiti da:

- prestazioni di personale ricevuto in comando di 236.800 euro;
- prestazioni rese da Eni SpA nell'ambito del contratto di servizi di 191.952 euro;
- prestazioni rese dai componenti gli Organi Statutari di 229.025 euro;
- servizi bancari di 1.497 euro;
- altri servizi 641 euro.

17) ALTRI ONERI

Ammontano a 1.183 euro e sono costituiti prevalentemente da altri oneri tributari.

Imposte

18) IMPOSTE ESERCIZI PRECEDENTI

L'importo di 796 euro si riferisce al recupero di una quota di IRAP relativa ad esercizi precedenti.

19) IMPOSTE CORRENTI

Ammontano a 17.857 euro e sono costituite sostanzialmente dallo stanziamento dell'Imposta Regionale sulle Attività Produttive dell'esercizio 2013.

Il risultato della gestione al 31 dicembre 2013 è negativo per 2.184.253 euro.

Relazione del Collegio dei Revisori sul bilancio al 31 dicembre 2013

Signor Presidente, Signori Consiglieri,

nel corso dell'esercizio chiuso al 31 Dicembre 2013 abbiamo svolto la nostra attività di vigilanza nel rispetto della normativa vigente, avendo presenti i principi di comportamento del Collegio dei Revisori raccomandati dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili, vigilando sull'osservanza della legge e dello statuto sociale.

In merito all'attività svolta nel corso dell'esercizio 2013, riferiamo quanto segue.

Abbiamo vigilato sull'osservanza della legge e dello statuto.

Abbiamo ottenuto dagli Amministratori le dovute 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, cui 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, per quanto di nostra competenza, con incontri a frequenza almeno trimestrale, sull'adeguatezza della struttura organizzativa dell'Ente, del sistema di controllo interno, del sistema amministrativo-contabile e sulla sua affidabilità a rappresentare correttamente i fatti di gestione.

Nel corso dell'esercizio l'Organismo di Vigilanza monocratico costituito ai sensi del D.Lgs. 231/2001 ha regolarmente emesso le relazioni semestrali in data 19 settembre 2013 e 18 dicembre 2013. Dalle relazioni non sono emerse violazioni al Modello né fatti degni di nota.

In data 12 dicembre 2013 il Segretario Generale ha approvato il nuovo documento "Attività sensibili e standard di controllo specifici" che ha accolto i reati introdotti a novembre 2012 in materia di corruzione tra privati e reati ambientali.

In data 18 dicembre 2013 è stato nominato il nuovo Organismo di Vigilanza nella persona della Dr.ssa Antonella Frigoli.

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 con i necessari adattamenti. Il Consiglio di Amministrazione quindi ricepisce con regolari delibere i documenti che di volta in volta vengono emessi da 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, pari a 2.184.000 euro, è determinato in maggior misura da oneri per costi e servizi inerenti attività tipiche principalmente sostenuti a beneficio dei progetti sanitari, in Ghana (580.000 euro), e in Mozambico (730.000 euro).

I costi per servizi e oneri di supporto generale sono stati pari ad euro 661.000 euro.

Con riferimento al bilancio d'esercizio chiuso al 31 dicembre 2013 abbiamo vigilato per gli aspetti e le formalità non legate alla revisione legale dei conti, sull'impostazione e sulla sua generale conformità alla legge per ciò che attiene alla sua formazione e struttura; in particolare abbiamo potuto riscontrare che il bilancio risulta redatto secondo le disposizioni emanate dalla legge in applicazione dei principi contabili internazionali.

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 2013, tenuto conto di quanto osservato nella presente Relazione, non ha obiezioni da formulare in merito alla approvazione del bilancio di esercizio che riporta una perdita di 2.184.253 euro ed alla proposta di deliberazione così come presentata dal Consiglio di Amministrazione.

Roma, 8 Aprile 2014

Il Collegio dei Revisori

Dr. Francesco Schiavone Panni
Presidente

Prof.ssa Anna Gervasoni

Dr. Pier Paolo Sganga

L'edizione 2013 del Bilancio di Eni Foundation è stata curata da Filippo Uberti, Stefano Cianca e Barbara Fiorelli con la collaborazione di Erasmo Macera, Riccardo Tavilla e Giulio Borgnolo.



foundation

Sede in Roma

Piazzale Enrico Mattei 1, 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