

“Supporto alla Scuola Infermieri Saint Kizito di Matany”

Dicembre 2007

Informazioni generali

Nome e sigla ONG proponente: St Kizito Hospital Matany
Titolo del progetto: Supporto alla Scuola Infermieri Saint Kizito di Matany, Uganda
Paese beneficiario: Uganda
Regione: Karamoja
Città/Località: Matany Parish, Distretto di Moroto
Nome e sigla della controparte locale: Conferenza Episcopale Ugandese (UEC)
Durata prevista: 1 anno
Costo totale: Euro 68.320,00
Contributo dai tre gruppi d'appoggio: Euro 68.320,00 a copertura del costo totale
Contributo da ciascun gruppo: Euro 22.770,00

INDICE

1. Presentazione progetto

1.1. Informazioni generali e sintesi

- 1.1.1. Informazioni generali
- 1.1.2. Sintesi del Progetto
- 1.1.3. Sintesi del Piano finanziario

1.2. Contesto e Giustificazione

- 1.2.1. Contesto generale
- 1.2.2. Gruppo beneficiario e contesto specifico
- 1.2.3. Origine e aspetti istituzionali del progetto
- 1.2.4. Controparte locale
- 1.2.5 Altri attori istituzionali rilevanti

1.3. Strategia e Obiettivi

1.4. Risultati attesi e Attività previste

- 1.4.1 Risultati attesi
- 1.4.2 Attività per risultato atteso

1.5 Quadro Logico

1.6 Modalità di esecuzione

- 1.6.1. Metodologie di riferimento
- 1.6.2. Organizzazione operativa
- 1.6.3. Contesti operativi di riferimento
- 1.6.4. Monitoraggio e valutazione

1.7. Cronogramma operativo

1.8 Sostenibilità

- 1.8.1. Sostenibilità economico-finanziaria
- 1.8.2. Sostenibilità istituzionale
- 1.8.3. Sostenibilità socio – culturale

1.9. Risorse umane, fisiche e finanziarie

1.10. Piano finanziario

1. Presentazione progetto

1.1. Informazioni generali e sintesi

Nome e sigla ONG proponente: St Kizito Hospital Matany		
Titolo del progetto: Supporto alla Scuola Infermieri St Kizito di Matany		
Paese beneficiario: Uganda	Regione: Karamoja	Città/Località: Matany, Distretto di Moroto
Nome e sigla della controparte locale: Conferenza Episcopale Ugandese (UEC)		
Durata prevista: 1 anno	Data di Presentazione: 22/11/2007	
Costo totale: Euro 68.320,00		
Contributo dai tre gruppi d'appoggio: Euro 68.320,00 - a copertura del costo totale		
Contributo da ciascun gruppo: Euro 22.770,00		

1.1.2. Sintesi del Progetto

Il progetto intende contribuire al miglioramento della erogazione dei servizi sanitari delle strutture Private Not For Profit del Karamoja consolidando l'offerta formativa della Scuola per Infermieri St Kizito di Matany. Il progetto è coerente con il Piano Sanitario Nazionale (National Health Policy, NHP) e la sua componente operativa, il Piano Strategico Sanitario Nazionale (HSSP), in quanto concorre a produrre le risorse umane necessarie per la erogazione dei servizi previsti dal Pacchetto Minimo di Cure Sanitarie (Minimum Health Care Package - UNMHCP) obiettivo indispensabile per ridurre la morbilità e la mortalità nel paese. E' in linea anche con due dei principali obiettivi del Piano Strategico del Ministero dell'Istruzione : 1. avere istituzioni scolastiche il cui prodotto umano soddisfi gli obiettivi di sviluppo della Nazione; 2. facilitare gli studenti nell' acquisizione delle competenze necessarie a specifici settori del lavoro (MoES Education Sector Strategic Plan 2004-2015)

Obiettivo specifico è consolidare l'offerta formativa della Scuola Infermieri St Kizito di Matany per rispondere alla crisi di risorse umane in ambito sanitario della Regione del Karamoja.

I Risultati Attesi sono:

1. assicurate le attività didattiche della Scuola Infermieri in modo ottimale.
2. aumentati l'aggiornamento, la crescita professionale e le capacità gestionali del personale docente e garantita la sostenibilità didattica.

I **beneficiari diretti** di questo progetto sono gli studenti (90) che usufruiscono di una borsa di studio che copre completamente le spese del corso, di migliorate condizioni abitative e opportunità di apprendimento e il personale docente attuale (5) della scuola infermieri che partecipa a corsi di aggiornamento e ha opportunità di sviluppo di carriera.

I **beneficiari indiretti** la utenza dell'ospedale di Matany (30.000 pazienti ambulatoriali e 11.000 ricoverati) e la popolazione della regione del Karamoja (898.000 abitanti).

Le metodologie utilizzate per realizzare l'intervento mirano a valorizzare e potenziare le realtà esistenti, in particolare la controparte locale rappresentata dalla Scuola Infermieri St Kizito di Matany. Inoltre, il progetto è pienamente coerente alle strategie governative nazionali di risposta alla crisi di risorse umane in sanità.

1.1.3 Sintesi del Piano finanziario

Cod.	Voci di spesa	Costi previsti	% sul Totale Generale
1	Personale locale	1.320,00	2,0%
2	Formazione personale e quadri locali	5.000,00	7,3%
3	Borse di studio	62.000,00	90,7%
	Totale generale	68.320,00	100,00%

Costi a carico	Importo	% sul Totale generale
Contributo dai gruppi	68.320,00	100%
Apporto controparte	=	=
Totale generale	68.320,00	100,00%

1.2. Contesto e Giustificazione

1.2.1. Contesto generale:

L'Uganda è situata nella parte Centro-Orientale dell'Africa e ha una superficie di 241.500 Km², di cui un terzo è rappresentato da laghi, paludi e foreste. Circa il 15,3 % del territorio nazionale è costituito dalle acque interne e il 12,4 % da paludi mentre il restante territorio è un altopiano con altezze oscillanti tra i 900 e i 1.500 m di altezza con massicci montuosi a est (Mt Elgon, 4320 metri di altitudine) e sud-ovest (Mt Muhavura, 4130 metri). Il paese confina ad est con il Kenia, a sud con la Tanzania ed il Ruanda, a ovest con la Repubblica Democratica del Congo e a nord con il Sudan.

La popolazione prevista per il 2007 (proiezioni dell'*Uganda Bureau of Statistics* sui dati dell'ultimo censimento del settembre 2002)¹ è stimata intorno ai 30,9 milioni di abitanti con un tasso di crescita annuo del 3,4%. La struttura della popolazione è tipica dei Paesi dell'Africa subsahariana: il 4,3% della popolazione ha meno di 1 anno di età, il 20,2% ha un'età inferiore a 5 anni, il 43,4% è sotto ai 15 anni, il 52% tra i 15 e 59 anni e il restante 4,6% ha oltre 60 anni. Il 20,2% delle donne è in età fertile e le donne gravide costituiscono il 5% della popolazione totale. Il tasso di fertilità è pari a 6,7 figli per donna.

Solo il 12% della popolazione vive in città mentre la stragrande maggioranza risiede nelle aree rurali dedicandosi all'agricoltura che contribuisce al 98% delle esportazioni del paese. Il paese esporta prevalentemente prodotti agricoli (the, caffè, cotone, tabacco, grano e fagioli). In Uganda sono presenti numerose etnie, circa 56, prevalentemente riconducibili a quattro gruppi maggiori (Bantu-67%, Nilotici-15%, Nilo-Hamitici-12%, Sudanesi-5%)². Lingua ufficiale è l'Inglese.

Dal 1962 l'Uganda è indipendente dal Regno Unito e fino al 1986, anno in cui l'attuale Presidente Yoweri Kaguta Museveni ha assunto le funzioni di capo dello Stato, il paese ha registrato un susseguirsi di regimi dittatoriali, colpi di stato e sanguinose repressioni. Dal 1986 un periodo di relativa stabilità, a parte la guerra civile ventennale nel nord e la cronica insicurezza del Karamoja, ha contraddistinto il paese permettendo un progressivo ristabilimento delle regole democratiche e l'attuazione di numerose riforme politiche e istituzionali. Nello stesso periodo l'Uganda ha registrato una costante e a tratti sorprendente crescita economica³: nel 2005 l'incremento annuo del Prodotto interno Lordo (PIL) si è attestato intorno al 6% mentre il PIL pro capite è stato di 280 US Dollari (dati della Banca Mondiale). L'inflazione media annuale è scesa progressivamente dal 150% all'attuale 4,5%. Tuttavia questi valori esprimono solo una media nazionale, cui fanno riscontro profonde differenze tra una regione e l'altra. In particolare in molti distretti del nord del paese la guerra civile ha impedito o sensibilmente influenzato in modo negativo ogni sforzo per lo sviluppo. Anche la regione a est del paese, il Karamoja, il cui sviluppo è stato ignorato negli ultimi 35 anni, registra condizioni di vita della popolazione estreme e annovera i peggiori indicatori di salute del paese. Da stime del 2003, il 38% della popolazione vive al di sotto della soglia di povertà (meno di 1 \$ al giorno) con percentuali più elevate nelle aree rurali meno sviluppate (63% in Karamoja).

Il territorio nazionale è suddiviso in 77 distretti, a loro volta ripartiti in *Counties*, *Subcounties* e *Parishes*. L'organizzazione amministrativa ricalca quella politica ed è basata su consigli locali (LC) ad elezione diretta degli aventi diritto.

Dati del 2004⁴ mostrano che 68 adulti su 100 hanno ricevuto una educazione anche se permangono ineguaglianze tra i sessi per cui per 76,8 maschi solo 57,7 femmine su cento hanno goduto di una forma di educazione. Tale disparità peggiora nelle aree rurali e povere del paese come il Karamoja dove solo 33 adulti su cento sono istruiti ed il rapporto tra maschi/femmine istruiti risulta pari a 23/10. La speranza di vita alla nascita è di 48 anni per i maschi e 51 per le femmine, in parte dovute alla effetti della pandemia HIV/AIDS ed alla elevata mortalità infantile. Sulla scorta di questi dati è facilmente comprensibile perché il paese abbia un Indice di Sviluppo Umano pari a 0,488 (Human Development Index- HDI). Il valore è così basso da collocarlo al 145° posto di una graduatoria che annovera 177 Paesi. Si registrano peraltro notevoli differenze regionali con i valori più bassi degli Indici di Sviluppo Umano nei distretti del Nord-Est del paese per le ragioni sopracitate (tre distretti del Karamoja, Kotido, Moroto e Nakapiripirit hanno un HDI compreso tra 0,221 e 0,271, in assoluto i più bassi del paese). Anche negli indici di povertà umana i tre distretti del Karamoja, Kotido, Moroto e Nakapiripirit hanno i valori peggiori, compresi tra 53,2 e 59 la media nazionale è 36.

Anche se gli indicatori sanitari del paese sono migliorati negli ultimi 10 anni, il sistema sanitario ugandese rimane largamente insufficiente in termini di risorse finanziarie, infrastrutture, risorse umane ed erogazione dei servizi. Nell'anno finanziario 2003-2004 il paese ha registrato una spesa sanitaria totale pro capite pari a 15 dollari (USD). Di questi, metà della spesa è stata a carico delle famiglie, 3,5 USD sono stati forniti dalle Agenzie Internazionali e meno di 3 USD dal Governo Ugandese la cui spesa sanitaria è peraltro finanziata al 69,6% dalle suddette Agenzie. La percentuale del PIL del paese investita in sanità è progressivamente aumentata raggiungendo il 7,6% nel 2004 ma nonostante la mortalità infantile, quella sotto i 5 anni e la materna (2005) rimangono attestati rispettivamente a 79, 136 e 5 su 1000. Le infrastrutture e l'erogazione dei servizi, specie nelle aree rurali dove vive la maggioranza della popolazione, sono inadeguati a tal punto che ancora il 51% delle comunità non ha accesso ai servizi sanitari, ci sono solo 7 letti ospedalieri per 10.000 abitanti e solo il 25% dei parti avviene in strutture sanitarie. Una delle cause principali di questa insufficiente risposta ai bisogni sanitari della popolazione è la scarsità delle risorse umane. Secondo il rapporto 2006 dell'OMS, ci sono 8 medici, 55 infermieri qualificati e 16 ostetriche ogni 100.000 abitanti. Questi dati sono una media nazionale che non riflette la ineguale distribuzione delle risorse umane in campo sanitario che vede le aree rurali soprattutto del nord est del paese più penalizzate. Infatti la regione centrale del paese, che comprende la capitale, annovera il 27% della popolazione ma conta il 64% di tutti gli infermieri, il 71% dei medici, il 76% dei dentisti e l'81% dei farmacisti.

¹ 2002 Population Census, Uganda Bureau of Statistics -UBOS-

² Uganda Human Development Report -2005-

³ World Bank, World Development Indicators database, 1st July 2006

⁴ UNDP Report 2006

Nel 1999 il Governo Ugandese ha elaborato un **Piano Sanitario Nazionale**¹ (*National Health Policy- NHP*) che detta le politiche sanitarie del paese poi contestualizzato con il **Piano Strategico Settoriale Sanitario – I e II** (*Health Sector Strategic Plan – HSSP I -II*). Il primo HSSP, per il quinquennio 2000/1-2004/5, ha individuato come obiettivo generale la riduzione della morbosità e mortalità per le principali cause di malattia e delle disparità tra gruppi sociali e aree geografiche del Paese. Il piano si collocava nella cornice della lotta alla povertà² (*Poverty Eradication Action Plan - PEAP*) e identificava un pacchetto di servizi fondamentali (*Minimum Health Care Package*) che dovevano essere assicurati a tutta la popolazione da parte delle istituzioni sanitarie. Particolare attenzione era riservata alle aree più svantaggiate del Paese e alle fasce sociali più povere.

Programmi di intervento previsti nel *Minimum Health Care Package* (MHCP)

1. Controllo delle malattie trasmissibili: malaria, STD/HIV/AIDS, tubercolosi;
2. Gestione integrata delle malattie dei bambini;
3. Salute e diritti correlati alla sessualità e alla riproduzione;
4. Immunizzazione;
5. Sanità ambientale;
6. Educazione e promozione sanitaria;
7. Sanità scolastica;
8. Prevenzione e risposta a epidemie e disastri;
9. Nutrizione;
10. Interventi contro malattie da eliminare o eradicare;
11. Rafforzamento dei servizi di cura mentale;
12. Servizi clinici essenziali.

L'abolizione del sistema dei ticket sanitari nelle strutture pubbliche, l'aumentato utilizzo delle strutture sanitarie sia pubbliche che del settore Not For Profit, la migliore performance del Programma Nazionale di Vaccinazione, l'introduzione di interventi per il controllo della malaria (Home Based Management of Fever, Intermittent Preventive Treatment in gravidanza, Insecticide Treated Bed Nets, Artemisinin based Combination therapy), il contenimento della epidemia da HIV e l'introduzione del trattamento antiretrovirale sono stati tra i principali successi del HSSP I.

Il **Piano Strategico Settoriale Sanitario** per il quinquennio 2005/06-2010/11 (***Health Sector Strategic Plan II- HSSP II***) riflette sostanzialmente le strategie e gli obiettivi del HSSP I mirando a consolidarne ed estendere i risultati raggiunti. In questa seconda fase è riconosciuta la necessità di dedicare maggiore attenzione allo sviluppo delle risorse umane e, a tal fine, è stata elaborato un documento Programmatico per le Risorse Umane in Sanità (**Human Resource for Health (HRH) policy**) che riconosce come fattore cruciale per la erogazione di servizi sanitari primari la figura dell'infermiere professionale comprensivo (ECN), e fornisce le basi per i processi decisionali che riguardano la pianificazione, la formazione e l'impiego di personale sanitario.

Nel novero dei processi di trasformazione del paese, quello più recente e rilevante per il paese in quanto interessa una larga parte della popolazione è il processo di pacificazione delle aree del nord del paese segnate da una guerra civile durata un ventennio. Il ripristino di uno stato di sicurezza concretizzatosi a fine 2006 con un cessate il fuoco tra le parti in causa, ha permesso il rientro a casa di quasi 1,5 milioni di persone prima sfollate in campi profughi disseminati in una area che comprende 4 regioni (Acholi, Lango, Teso e Karamoja), 16 distretti e conta 4 milioni di abitanti. La cornice programmatica che regola tutti gli interventi in questa delicata fase di transizione post conflitto è denominata **National Peace, Recovery and Development Plan for Northern Uganda (PRDP)** e prevede anche una componente specifica per il Karamoja chiamata **Karamoja Integrated Disarmament and Development Plan (KIDDP)**. Gli obiettivi primari sono consolidare la pace e lo stato di sicurezza e porre le basi per la ricostruzione e lo sviluppo. Particolare enfasi viene data alla educazione come mezzo per combattere la cultura della violenza che permea queste comunità, ridurre le disuguaglianze di genere, abbattere le rivalità tribali e promuovere lo sviluppo.

¹ Health Sector Strategic Plan 2, 2005-2009

² Poverty Eradication Action Plan, Ministry of Finance, Planning and Economic Development, 2003.

1.2.1. Gruppo beneficiario e contesto specifico:

a. I beneficiari diretti di questo progetto sono gli studenti (90) che usufruiscono di una borsa di studio che copre completamente le spese del corso ed il personale docente attuale (5) che partecipa a corsi di aggiornamento e ha opportunità di sviluppo di carriera.

I **beneficiari indiretti** la utenza dell'ospedale di Matany (30.000 pazienti ambulatoriali e 11.000 ricoverati) e la popolazione della regione del Karamoja (898.000 abitanti).

La Regione della Karamoja comprende i cinque Distretti di Moroto, Kotido, Nakapiripirit, Kaabong ed Abim. Questa Regione ha una superficie di circa 27.500 Km. quadrati ed è in gran parte pianeggiante, con altitudine media di 900 metri sul livello del mare, e con alcune zone montagnose fra cui spicca il Monte Moroto (3.084 metri di altezza). La vegetazione naturale è la tipica savana africana, con pochi alberi sparsi e molti arbusti spinosi. Vi sono abitualmente due stagioni climatiche, una stagione secca più lunga da Settembre a Marzo, e una stagione delle piogge più corta da Aprile ad Agosto. Le poche piogge sono spesso torrenziali, e causano erosione del suolo. La temperatura varia fra i 21 e i 36 gradi centigradi.

Il termine "Karimojong" (o "Karamojong") si riferisce in generale a tutti gli abitanti del Karamoja, ma vi sono evidenti diversità etniche fra i "veri" Karimojong e gli altri gruppi, come i Pokot, o i Tepes delle montagne. Questi ultimi erano i primitivi abitanti della zona, ma furono spinti sulle montagne quando, presumibilmente nel 17° secolo secondo gli storici, i Karimojong, di origine Nilo-Hamitica, occuparono il territorio provenendo dall'Etiopia.

Anche i Karimojong si suddividono ulteriormente in gruppi (Bokora, Pian, Matheniko, etc.); essi si dedicano prevalentemente all'allevamento del bestiame, con frequenti e spesso violenti conflitti armati fra di loro per la acquisizione delle mandrie e il controllo dei pascoli. In tali conflitti sono a volte coinvolte anche tribù esterne al Karamoja, come i Turkana del vicino Kenya o le vicine comunità Teso e Lango.

A causa del loro carattere fiero e bellicoso i Karimojong non hanno mai avuto relazioni facili con il Governo Centrale, sia con gli Inglesi durante il periodo coloniale, sia con i Governi locali succedutisi al potere dopo l'indipendenza, che spesso hanno usato le maniere forti, trovando notevole resistenza. Questa è una delle ragioni per cui la Regione è rimasta quella meno sviluppata del Paese.

La violenza legata inevitabilmente alle razzie di bestiame e ai vari conflitti è causa di insicurezza, per cui la popolazione rurale vive abitualmente in villaggi protetti da palizzate. Ogni villaggio (chiamato "erè" nel dialetto locale) ospita in media dai 50 ai 400 abitanti, e prende il nome dall'anziano che vi abita. Le capanne che formano il villaggio sono costruite con legna e fango, hanno il tetto di paglia, e sono scarsamente ventilate, ma sovrappopolate durante la notte: queste condizioni favoriscono la diffusione di malattie infettive, come la Tubercolosi o la Meningite. Un altro fattore che favorisce la diffusione di malattie infettive è la malnutrizione, presente nel 58% dei bambini anche per i periodi di carestia dovuti alla siccità.

I Karimojong sono pastori seminomadi, e migrano di solito durante la stagione secca in cerca di acqua e pascoli. La vita dei Karimojong è focalizzata attorno alle mucche, e la violenza per acquisire il bestiame sembra essere socialmente accettata, ma purtroppo i fucili automatici hanno rimpiazzato le lance nelle razzie.

Oltre all'allevamento del bestiame, altre attività socio-economiche sono le coltivazioni dei campi, soprattutto di sorgo, ma solo in poche zone fertili.

Una altra attività, purtroppo con un negativo impatto ambientale, è la raccolta di legna da ardere e la sua vendita ai cittadini dei centri urbani.

Socialmente i Karimojong sono organizzati attraverso un sistema informale legato all'anzianità, per cui le decisioni vengono prese collettivamente, e l'opinione degli anziani è quella più rispettata. Le donne non hanno invece molta voce in capitolo per prendere decisioni, ma costituiscono l'ossatura delle attività domestiche, come la cura dei bambini, la coltivazione dei campi, e la costruzione delle capanne. E' largamente praticata la poligamia : il matrimonio avviene secondo i costumi attraverso la cessione di una quantità concordata di mucche dalla famiglia dello sposo a quella della sposa.

Dal punto di vista religioso, i Karimojong credono tradizionalmente in un unico Dio, che è Padre di tutti. Il sacrificio e l'offerta di capi di bestiame accompagnano spesso le locali cerimonie sacre, come quelle di iniziazione dei giovani o quelle di propiziazione. Con l'arrivo dei Missionari si è discretamente diffuso il Cristianesimo.

Da rilevare che la scolarità è bassa, con una alta percentuale di analfabetismo, soprattutto fra le donne (solo il 9% è scolarizzato). Di solito le bambine sono impegnate nei lavori domestici, nei campi, nella fornitura di acqua e nella cura dei fratelli più piccoli mentre i bambini curano le mandrie lavorando come pastori. Frequentano la scuola primaria il 26% dei bambini e il 9% delle bambine. La scuola secondaria è frequentata dal 8% di ragazzi e dal 5% di ragazze.

L'80% della popolazione del Karamoja vive al di sotto della soglia di povertà assoluta. Gli indicatori sanitari della regione sono ben al di sotto della media nazionale come si evince dalla tabella:

Indicatore	Karamoja	Uganda
Mortalità Infantile	147 / 1000	97 / 1000
Mortalità sotto i 5 anni	240 / 1000	170 / 1000
Mortalità materna	704/100000	505/100000
Percentuale di parti assistiti	9,7	40

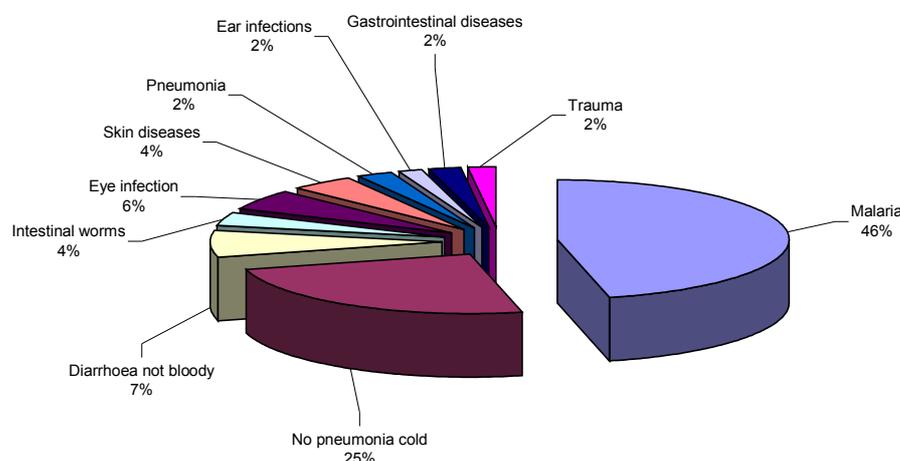
Indicatore	Karamoja	Uganda
ANC copertura	35%	90%
PNC copertura	7%	38%
Accesso ai servizi sanitari	24%	72%
Visite pro capite in OPD	0,2	0,9
Percentuali malnutriti gravi	26%	NA
Accesso all'acqua potabile (%)	38	57
Presenza di latrine (%)	13,6	48

Tali indicatori rendono ragione del perché l'aspettativa di vita nel Karamoja sia di 37 anni rispetto ai 47 della media nazionale.

b. La scuola infermieri St Kizito di Matany è locata nella regione del Karamoja, Distretto di Moroto, contea di Bokora, sottocontea e villaggio di Matany. La scuola è parte integrante dell'ospedale St Kizito di Matany, ospedale Private Not For Profit appartenente alla Diocesi di Moroto. La rete sanitaria della contea di Bokora, di cui l'ospedale St Kizito è responsabile, è costituita da un ospedale generale, 5 Centri di Salute Periferici di III livello e 3 Centri di salute Periferici di II livello.

Le 10 cause principali di ricorso alle cure sanitarie sono indicate nel grafico sotto:

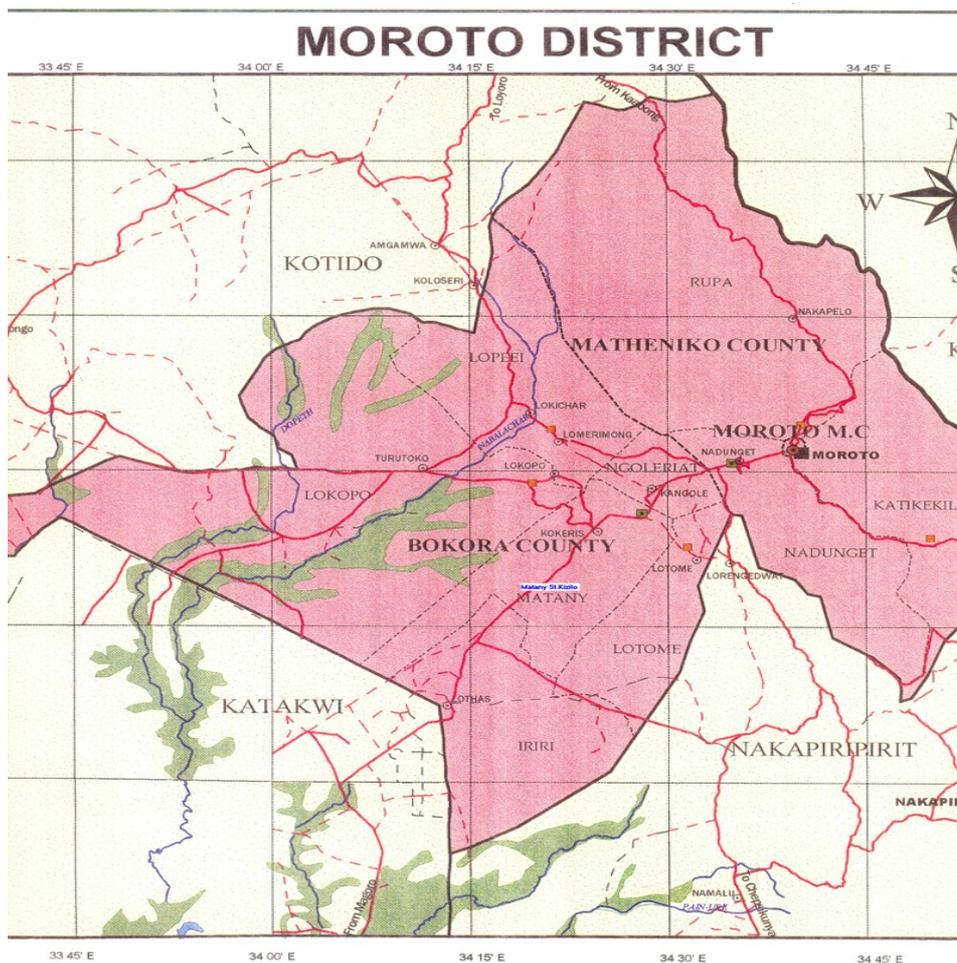
BOKORA HSD: TOP TEN DISEASES DURING FY 2005/06



Nella contea di Bokora gli indicatori sanitari riflettono quelli drammatici del Karamoja come indicato sotto.

Indicatore	Bokora	Uganda
Mortalità Infantile	147 / 1000	97 / 1000
Mortalità sotto i 5 anni	240 / 1000	170 / 1000
Mortalità materna	704/100000	505/100000
Percentuale di parti assistiti	15,6%	40%
ANC copertura	48,5%	90%
PNC copertura	0,5%	38%
Accesso ai servizi sanitari	24%	72%
Visite pro capite in OPD	0,8	0,9
Percentuali malnutriti gravi	26%	NA
Accesso all'acqua potabile (%)	38	57
Presenza di latrine (%)	13,6	48

c. La produzione di personale sanitario in grado di assicurare la fornitura alla comunità di una serie minima di interventi sanitari (UNMHCP) è di vitale importanza per il paese se si vuole raggiungere gli obiettivi previsti dal Piano Strategico Sanitario Settoriale (HSSP II) e gli obiettivi del millennio. Purtroppo il paese soffre di un deficit netto di operatori sanitari per cui c'è 1 infermiere ogni 5000 abitanti quando in Kenia o Tanzania il rapporto è di 1 a 1000. La scarsità di operatori sanitari è particolarmente grave per la categoria degli infermieri professionali. In Uganda ci sono 38 scuole per infermieri, di queste 9 sono del governo, 27 appartengono al settore PNFP e 2 sono private. Molte delle Scuole del Settore Private Not For Profit



1.2.3. Origine e aspetti istituzionali del progetto:

L'ospedale St Kizito di Matany per il tipo e la qualità dei servizi sanitari resi, la dedizione del suo personale e l'efficienza gestionale-organizzativa si configura come l'ospedale di riferimento per la regione del Karamoja. Fin dall'origine (1970) per ragioni imputabili alla dislocazione geografica, alle difficili condizioni di vita ed ambientali, allo stato di insicurezza legato ai conflitti intertribali, al carico di lavoro elevato, l'ospedale ha sempre sofferto di una carenza di personale qualificato. Nel 1984 la costruzione della Scuola Infermieri St Kizito di Matany rispondeva alla duplice necessità di avere immediatamente infermieri qualificati per l'ospedale e a lungo termine di creare cultura e quindi sviluppo per l'intera regione del Karamoja e per il paese considerando che il personale formato avrebbe continuato a lavorare in ambito sanitario tutelando la salute dei simili e permettendo loro di avere una vita attiva e produttiva. Negli anni recenti i processi di trasformazione delle politiche sanitarie del paese, l'epidemia di HIV/AIDS, i flussi migratori, la poco attraente remunerazione, la difficoltà di sviluppo professionale hanno determinato nel paese un netto deficit di risorse umane dedicate alla salute. Inoltre la disarmonica distribuzione degli operatori sanitari tra aree urbane e rurali e tra le differenti regioni del paese hanno penalizzato ancora più gravemente le regioni del nord est del paese. Il Ministero della Sanità ha calcolato il fabbisogno nazionale di operatori sanitari nei prossimi 15 anni così da rispondere alle nuove sfide che si presenteranno: la considerevole crescita della popolazione, (da 29 milioni a 43 milioni entro il 2020), la migrazione verso le aree urbane, l'aumento delle malattie non trasmissibili con il permanere di quelle trasmissibili e la persistenza di aree del paese più arretrate. Il numero di operatori sanitari necessari per raggiungere gli obiettivi di salute del paese nel 2020 è pari a 90.000 unità con un aumento della forza lavoro pari al 40%. In particolare sarà necessario formare un numero più che doppio di infermieri rispetto a quello corrente.

Da anni i tre Gruppi d'appoggio collaborano con l'ospedale di Matany attraverso il finanziamento di attività specifiche nell'ambito clinico e formativo.

1.2.4. Controparte locale:

La controparte del Progetto è la Conferenza Episcopale Ugandese (UEC), titolare dell'Ospedale e della Scuola Infermieri St Kizito di Matany.

L'Ospedale e la Scuola Infermieri St Kizito di Matany sono retti da un Comitato di Gestione (Management Committee) composto da: Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Responsabile del personale, Direttore della Scuola e Responsabile del Dipartimento di Sanità Pubblica. Grazie alla sua composizione, il Comitato favorisce il coordinamento tra le diverse componenti dell'iniziativa: scuola, ospedale e attività sul territorio. Il Comitato di Gestione risponde al Consiglio di Amministrazione (Board of Governors - BoG), a sua

volta costituito da: un rappresentante della Conferenza Episcopale Ugandese nominato dal Vescovo della Diocesi di appartenenza della Scuola, Msg Thomas Achia, un rappresentante di Medici con l'Africa Cuamm, dr Paolo Giambelli, un membro per ciascuna delle Congregazioni Religiose operanti nella scuola, Sr Rita e Fr Damiano Guzzetti, tre membri del Comitato di Gestione (il Direttore Amministrativo: Fr Tarcisio Dal Santo, il Direttore Sanitario: dr. James Lemukol, il Responsabile del Personale: Sr Luigina Frison), un rappresentante del personale dipendente: Mr Joseph Lokong, il Direttore dei Servizi Sanitari Distrettuali: dr Robert Odeke, il segretario per la sanità distrettuale Mr. Eru Joseph, il Local Council III Mr. Korobe Daniel, il Sub-County Chief Mr. Teko John Bosco, il Direttore Medico dell'ospedale Private Not For Profit più vicino: dr Egidio Tocalli, il Coordinatore Sanitario Diocesano: sr Dinavance Tuhumbule, un rappresentante dei Centri di Salute Periferici: Sr Annette Cheptai.

1.3. Strategia e Obiettivi

La presente proposta intende contribuire al miglioramento della erogazione dei servizi nelle strutture sanitarie delle 2 Diocesi del Karamoja attraverso il consolidamento dell'offerta formativa della scuola per infermieri St Kizito di Matany. In base a quanto descritto in precedenza, l'obiettivo generale e specifico del presente progetto sono i seguenti:

Obiettivo generale del progetto di "Supporto alla Scuola Infermieri St Kizito di Matany" è il miglioramento della erogazione dei servizi nelle strutture sanitarie delle due diocesi del Karamoja.

Obiettivo specifico è consolidare l'offerta formativa della Scuola Infermieri St Kizito di Matany per rispondere alla crisi di risorse umane in ambito sanitario della Regione del Karamoja.

1.4. Risultati attesi e Attività previste

I Risultati attesi per raggiungere l'obiettivo specifico sono:

1. assicurare le attività didattiche della Scuola Infermieri in modo ottimale.
2. aumentare l'aggiornamento, la crescita professionale e le capacità gestionali del personale docente e garantire la continuità didattica della Scuola Infermieri oltre la durata del progetto.

Le attività previste in relazione ai risultati attesi sono:

1. Assicurare le attività didattiche della Scuola Infermieri in modo ottimale.

L'implementazione di queste attività porterà un beneficio diretto a 75 EN e 15 RN.

Nel dettaglio le azioni previste sono:

1.1 Elaborare i questionari di ammissione per i corsi offerti, realizzare le interviste, eseguire i test di ammissione, pubblicare i risultati dei test.

In particolare la scuola dovrà:

- reclamizzare a sufficienza i corsi offerti per assicurarsi un'adeguato numero di applicazioni da consentire un'opportuna scelta dei candidati
- riunire la commissione che eseguirà lo screening delle applicazioni
- redigere la lista dei selezionati per la prova scritta e orale qualificante per l'ammissione al corso
- preparare i tests per la prova scritta
- invitare per tempo gli usuali membri costituenti la commissione degli Intervistatori (tra 3 e 5)
- invitare gli usuali osservatori esterni rappresentanti del MoES, MoH, UNMC
- annunciare via radio i nomi dei selezionati e ammessi all'intervista
- eseguire nelle date prescritte gli esami
- marcare i test della prova scritta
- assegnare il punteggio secondo i criteri elencati nello schema in uso alla scuola (vedi allegato E)
- pubblicare i nomi dei candidati qualificatisi all'ammissione al corso

Il Ministero per l'Educazione e lo Sport (MOES) individua i criteri per l'accesso al corso di EN e RN ed il periodo entro il quale eseguire i passaggi preliminari come il periodo degli esami e le caratteristiche dei tests nonché l'inizio delle attività. Il corpo docente della scuola ha la prerogativa di elaborare i tests di ammissione ed eseguire i colloqui di valutazione dei candidati. Una volta

individuati i candidati con i criteri idonei all'ammissione al corso, essi vengono invitati a presentarsi per l'inizio delle attività.

I criteri ministeriali (MoES) e dell'Ordine professionale Infermieristico ugandese – UNMC/MoH) per l'ammissione ai colloqui includono: "O" Level Certificate ovvero la promozione agli esami di cinque materie, due principali: Inglese e Biologia, tre secondarie o preferenziali: Matematica, Chimica, Fisica; queste ultime possono essere sostituite da agricoltura, economia domestica, cibi e nutrizione, geografia, scienze della salute. I criteri ministeriali (MoES/UNMC/MoH) e dell'Ordine professionale infermieristico ugandese per l'ammissione al Corso includono: la promozione nelle cinque materie richieste dal livello minimo nazionale ("O" Level), il corso è aperto ai due sessi indistintamente, passare i tests scritti e il colloquio (a cui sono invitati regolarmente rappresentanti di MoES/MoH/UNMC), l'essere di sana e robusta costituzione secondo gli standards delle autorità competenti, l'aver ottenuto il possesso dell' "O" Level Certificato non più di tre anni prima dell'ammissione al corso, l'aver compiuto 18 anni. La Scuola per Infermieri di Matany, in linea con la propria Missione, aggiunge ai suddetti criteri, una specifica preferenza per l'etnia (Karimojong) e il genere (femminile), e il vantaggio aggiuntivo di una esperienza nel campo sanitario per un certo periodo (per esempio una esperienza lavorativa come infermiera ausiliaria in un centro di salute o in qualche ospedale, (allegato E).

1.2 Predisporre il calendario dei corsi e delle attività (lezioni, esami, attività sul territorio) dell'anno.

Prima dell'inizio delle attività, il corpo docente della scuola ha il compito di preparare il calendario delle lezioni e delle attività dei corsi attivati. Il calendario copre un anno intero di corso e comprende oltre alle lezioni in classe anche le attività di tirocinio pratico e le attività extracurricolari. In particolare, il capo progetto collaborerà con la Responsabile della scuola per la programmazione delle attività di tirocinio pratico intra ed extraospedaliero. All'inizio del corso gli studenti parteciperanno a una settimana orientativa in cui verranno presentati i programmi teorici e pratici del corso, discusse e spiegate le regole della scuola, si visiteranno gli ambienti del loro apprendistato, si cercherà di creare l'atmosfera di fondo e i legami necessari al gruppo in formazione, si identificheranno le aspettative degli studenti e le risposte offerte dal corso, si sottolineeranno le qualità e le attitudini nonché le competenze che si dovranno sviluppare lungo il training. Il calendario sarà reso noto agli studenti all'inizio del corso e le necessarie spiegazioni specie sulle attività di tirocinio pratico spiegate nel corso di una assemblea a cui parteciperà il CEO, il corpo docente e gli studenti ammessi al corso.

1.3 Fornire borse di studio per gli studenti dei corsi per infermiere professionale (EN) e caposala (RN).

Si prevede l'iscrizione di 25 nuovi studenti al primo anno di corso mentre ci saranno altri 25 studenti al 2° anno e altri 25 studenti al 3° anno del corso di infermiere professionale. Il corso per infermiere professionale dura 2 anni e mezzo. Oltre a questi vi saranno anche 15 studenti del corso per caposala che viene attivato ogni 2 anni e che dura 18 mesi. Si ritiene indispensabile provvedere a fornire a tutti questi studenti la borsa di studio per permettere il completamento del ciclo di studi. Pertanto, si calcola un fabbisogno di 90 borse di studio così calcolate: 25 EN al 1° anno, 25 EN al 2° anno di corso, 25 EN al 3° anno di corso x 0,5 anno = 12,5, 15 RN al 1° anno. Per un anno di corso di studi il fabbisogno è di 77,5 borse di studio.

Una analisi dei costi condotta nella scuola utilizzando i dati forniti dal sistema di gestione finanziario – amministrativa dell'ospedale (FIPRO –Financial Programme for Budgeting, Reporting and ...) ha indicato in 800 € il costo annuo di uno studente. Tale dato è in linea con i risultati di tre differenti studi condotti sotto l'egida congiunta del Ministero della Educazione insieme con il Ministero della Sanità che quantifica in 1.7 milioni di scellini annui il costo del Corso di studi per infermiere e caposala (Cost of Training and Unit Cost in Health Training Institutions in Uganda-June 2007-).

1.4 Assicurare la copertura finanziaria delle attività di tirocinio in ospedali specialistici (15 RN studenti /anno presso gli ospedali di Butabika e/o Mulago e/o distacco psichiatrico a Soroti).

Il corso di caposala prevede nell'ultimo anno di corso il tirocinio obbligatorio presso i 2 ospedali nazionali: quello universitario di Mulago e quello psichiatrico di Butabika o il suo distacco a Soroti. I primi 2 ospedali si trovano a Kampala. Gli studenti del corso di caposala (RN), accompagnati da un docente, devono spendere un periodo di esperienza pratica pari a 2 mesi nel primo anno e 1 mese nel secondo anno. Le spese includono: trasporto, vitto alloggio e formazione erogata in classe come nei reparti. Per questa attività la spesa è già nota e quantificata in 100 €/mese per studente comprensivo di trasporto, vitto e alloggio.

1.5 Assicurare la copertura dei costi legati alle missioni di valutazione del personale del Ministero dell'Educazione e dello Sport e dell'Ordine Professionale Ugandese degli Infermieri ed Ostetriche (2 missioni di supervisione/anno per un team di 4 persone).

Il MOES è responsabile dei curricula mentre il UNMC è responsabile della adeguatezza del personale formato e successiva iscrizione all'Ordine professionale e licenza.

Nel corso di 1 anno è prevista almeno una missione di supervisione delle attività scolastiche da parte del MOES ed 1 da parte del UNMC. I costi di vitto e alloggio della delegazione inviata dai rispettivi ministeri sono a carico della scuola. Da precedenti esperienze il costo di una visita da parte di un gruppo di 3 persone che si fermano nella scuola per 3 giorni è pari a 20 a persona/giorno. Il costo totale viene dalla forma: 3 persone x 3 giorni x 20 € per 2 ministeri =360 €. Le relazioni compilate dai team ministeriali verranno usate per la valutazione del progetto ed eventuali modifiche.

1.6 Assicurare la copertura dei costi per gli esami, la registrazione degli studenti ed il rilascio del certificato accademico (MoES) e quello di Iscrizione all'Ordine Professionale Ugandese degli Infermieri e Ostetriche paragonabile alla licenza di esercitare la propria professione.

Gli esami finali del corso per infermiere professionale tradizionale e pluricompetente si svolgono nella scuola di appartenenza. Una commissione d'esame mista del MOES/MoHUNMC viene ospitata nella scuola per svolgere questa attività'. I costi di vitto e alloggio dei membri della delegazione sono a carico della scuola. Tali costi, da esperienze precedenti, si computano come 3 persone x 5 giorni x 20 € x 3 anni è pari a 900 €.

Al termine del corso di studi e per gli studenti che hanno superato l'esame, la direzione della scuola facilita gli studenti in alcuni obblighi amministrativi quali la registrazione degli studenti presso il UNMC con relativo numero di iscrizione.

1.7 Acquistare le uniformi per i nuovi 25 studenti EN e 15 RN.

E' consuetudine nelle scuole ugandesi che ogni studente abbia la propria uniforme come segno distintivo. Nel caso degli studenti in campo infermieristico assume anche maggiore significato garantendo un certo standard igienico. E' composta di un modello per le lezioni in classe (gonna nera, maglietta polo con il logo della scuola, golfino con lo stemma della scuola; e un modello per il lavoro in ospedale/centro sanitario (femmine: abito + grembiule + cap + golfino; maschi: pantaloni + casacca + golfino) di colore diverso per EN/RN.

2. aumentare l'aggiornamento, la crescita professionale e le capacità gestionali del personale docente e garantire la continuità didattica della Scuola Infermieri.

L'implementazione di queste attività porterà un beneficio diretto a 2 docenti per infermieri e 3 istruttori clinici.

2.1 Assicurare la partecipazione del personale docente a corsi, seminari, convegni, ed altre occasioni di formazione e aggiornamento in Uganda.

Il corpo docente della scuola al fine di garantire un elevato standard didattico necessita di un continuo aggiornamento. La possibilità di aggiornarsi è anche un mezzo per trattenere le risorse umane nella istituzione. Si prevede che ogni docente parteciperà a 2 eventi formativi all'anno. La Responsabile della Scuola sarà necessariamente più impegnata su questo versante considerando anche gli impegni istituzionali per cui si prevede la sua partecipazione a 6 eventi all'anno.

2.2 Produrre rapporti periodici di monitoraggio delle attività e delle finanze secondo le indicazioni del Ministero della Educazione e dello Sport e secondo lo Uganda Catholic Medical Bureau.

La Responsabile della Scuola in collaborazione con il capo progetto compilerà i documenti di monitoraggio richiesti dal MOES e dal Segretariato Cattolico per la Sanità. I dati di attività e finanziari riportati nei documenti saranno utilizzati anche per il monitoraggio del progetto.

2.3 Predisporre un piano operativo annuale con relativo budget.

La Responsabile della scuola in collaborazione con il capo progetto e con l'apporto del corpo docente stenderà un piano operativo della scuola basato sull'anno finanziario ugandese in cui verranno indicate le attività da svolgere con relativi indicatori + cronogramma e le risorse umane e finanziarie necessarie. Tale piano dovrà essere approvato dal Consiglio di Amministrazione della Scuola. Il piano operativo dovrà essere preparato prima dell'inizio del nuovo anno finanziario fissato convenzionalmente per il 1 luglio di ogni anno solare.

2.4 Selezionare 2 nuovi candidati da sponsorizzare per il Corso in Docente Infermieristico (Nurse Tutor) presso università ugandesi.

La continuità della scuola è legata alla presenza di risorse finanziarie ed umane. La selezione di 2 candidati al corso per docenti infermieristici permetterà alla scuola di mantenere un corpo docente adeguato quanti e qualitativamente per affrontare le sfide che si presenteranno al termine del progetto. La formazione di 2 nuovi docenti contribuirà alla sostenibilità della scuola in quanto la loro presenza permetterà lo svolgimento della didattica. I 2 nuovi docenti saranno reclutati tra coloro che presenteranno i requisiti migliori ma titolo preferenziale verrà dato alla provenienza dal Karamoja e al genere femminile come garanzia di continuità e come contributo allo sviluppo della regione e allo sviluppo professionale femminile piuttosto discriminato.

1.5 Quadro Logico

Logica d'intervento	Indicatori oggettivamente verificabili	Fonti di verifica	Condizioni esterne
Miglioramento della erogazione dei servizi nelle strutture sanitarie del Karamoja.			
<p>Consolidare e promuovere l'offerta formativa della Scuola Infermieri St Kizito di Matany per rispondere alla crisi di risorse umane in ambito sanitario della Regione del Karamoja</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Continuazione dei Corsi di EN e RN • No. di infermieri diplomati (baseline 2005: EN 17, RN 8 , aumento del 25%) • No. di studenti originari del Karamoja iscritti ai corsi (baseline: EN 2005 48%, EN 2006: 46%, RN 2005 57%, aumento del 25%) • No. di infermieri diplomati presso la Scuola di Matany ed impiegati in strutture sanitarie del Karamoja (baseline: 75%, target 100%) 	<ul style="list-style-type: none"> - relazione annuale della scuola - relazione annuale dei Distretti del Karamoja - statistiche della District Service Commission dei vari distretti del Karamoja - relazione delle missioni di monitoraggio e valutazione del progetto 	<ul style="list-style-type: none"> - Sicurezza nella Regione - Collaborazione continua con le autorità distrettuali, gli Uffici di Coordinamento Diocesano per la Salute e i Centri di Salute periferici - Numero di iscrizioni agli esami validi per il corso - Numero di candidati Karimojong con prerequisiti validi per il corso

<p>1. Assicurate le attività didattiche della Scuola Infermieri in modo ottimale</p>	<ul style="list-style-type: none"> No. di studenti iscritti ai corsi rispetto ai posti disponibili (baseline 75%, aumento a 85% della capacità) No. di borse di studio erogate per corso di studio rispetto al numero programmato (25/anno per il corso EN e 15 /ogni 2 anni per il corso RN) No. di studenti iscritti ai corsi di EN/RN (baseline 2006: 68, aumento del 25%) No. di EN e RN diplomati (a completamento dei corsi in opera, almeno 85% delle matricole) No. totale di studenti che hanno abbandonato i corsi (meno del 10% per anno di corso) Percentuale di studenti che hanno superato gli esami di fine corso (almeno 85%) Percentuale di studenti bocciati agli esami di fine corso (meno del 15%) Percentuale di studenti che hanno superato gli esami di fine corso con voto elevato (distinction, credit , almeno 20%) Percentuale di lezioni compiute in rapporto a quelle programmate (almeno 85%) Percentuale di studenti che hanno compiuto il tirocinio pratico presso altre istituzioni di rilevanza nazionale rispetto al numero atteso (almeno 85%) 	<ul style="list-style-type: none"> relazione annuale della Scuola al Board of Governors dell'ospedale risultati degli esami di fine corso relazione annuale della Scuola allo Uganda Catholic Medical Bureau relazione annuale della Scuola al Ministry of Education and Sports relazioni delle visite di supervisione del MOES and UNMC bonding agreement tra gli studenti e la ospedale MoU tra la Scuola e altre istituzioni che hanno inviato studenti ai corsi 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilità di Nurses Tutor a livello nazionale Abilita' di attrarre tutors in Matany Collaborazione dello staff dei centri selezionati per il tirocinio Sicurezza nella regione
<p>2. aumentati l'aggiornamento, la crescita professionale e le capacità gestionali del personale docente e garantita la continuità didattica della Scuola Infermieri.</p>	<ul style="list-style-type: none"> No. e tipologia dei corsi di aggiornamento e convegni frequentati dal personale docente No. e tipologia degli incontri di aggiornamento organizzati dai docenti della scuola per il personale dell'ospedale e gli studenti Disponibilità del piano operativo annuale con relative risorse finanziarie Disponibilità, grado di completezza e tempestività nella stesura dei rapporti annuali per la UCMB e per il MOES. No. di figure professionali selezionante per il Corso di Nurse Tutor 	<ul style="list-style-type: none"> relazione annuale della scuola al Board of Governors relazione dei docenti alla fine degli eventi formativi a cui hanno partecipato attestati di partecipazione hand outs dei corsi aggiornamento organizzati dai docenti bonding agreement con il personale inviato per la crescita professionale 	<ul style="list-style-type: none"> Condizioni di stabilità, assenza di epidemie improvvise o calamità naturali Sicurezza nella regione Puntualita' nell' informazione circa i Programmi esistenti
<p>1.1 Elaborare i questionari di ammissione per i nuovi corsi offerti, selezionare i candidati ammessi alle interviste, condurre i colloqui, eseguire i test di ammissione, marcare i tests, decidere le ammissioni, pubblicare i risultati delle interviste e la lista degli ammessi ai corsi . 1.2 Predisporre il calendario dei corsi e delle attività (lezioni, esami, attività sul</p>	<p>RISORSE</p> <p>1. Personale locale</p>	<p>COSTI (€), come da Piano finanziario</p> <p>1.320,00</p>	<ul style="list-style-type: none"> Collaborazione adeguata della controparte locale all'implementazione delle attività previste

<p>territorio, valutazioni progressive) dell'anno.</p> <p>1.3 Fornire borse di studio per la continuazione dei corsi per EN e RN: 77,5 borse di studio in un anno</p> <p>1.4 Assicurare la copertura finanziaria delle attività di tirocinio in ospedali specialistici 15 RN studenti /anno presso gli ospedali di Butabika e/o Mulago e/o Soroti.</p> <p>1.5 Assicurare la copertura dei costi legati alle missioni di valutazione del personale del Ministero dell'Educazione e dello Sport e dell'Ordine Professionale Ugandese degli Infermieri ed Ostetriche (2 missioni di supervisione/anno per un team di 4 persone).</p> <p>1.6 Assicurare la copertura dei costi per gli esami, la registrazione degli studenti ed il rilascio del numero di iscrizione al Ministero della Educazione e dello Sport (MOES) e all'Ordine Professionale Ugandese degli Infermieri ed Ostetriche (UNMC).</p> <p>1.7Acquistare le uniformi per 25 EN e 15 RN studenti.</p> <p>2.1 Assicurare la partecipazione del personale docente a corsi, seminari, convegni, ed altre occasioni di formazione e aggiornamento in Uganda.</p> <p>2.2 Produrre rapporti periodici di monitoraggio delle attività e delle finanze secondo le indicazioni del Ministero della Educazione e dello Sport e secondo lo Uganda Catholic Medical Bureau.</p> <p>2.3 Predisporre un piano operativo annuale con relativo budget.</p> <p>2.4 Selezionare 2 nuovi candidati da sponsorizzare per il Corso in Nurse Tutor presso università ugandesi.</p>	<p>2. Formazione quadri locali</p> <p>3. Borse di studio</p>	<p>5.000,00</p> <p>62.000,00</p> <p>- Costi del Progetto</p> <p>- Rapporti di Monitoraggio del progetto</p>	<p>- Disponibilità nel paese delle risorse previste a carico della controparte</p> <p>- Collaborazione da parte delle autorità sanitarie distrettuali</p> <p>- Erogazione adeguata dei fondi previsti per le specifiche attività'</p>
			<p>Condizioni prelie Stabilità politica, sociale ed economica del paese. Mantenimento della pace nell'area interessata dal progetto e prosecuzione del partenariato pubblico-privato.</p>

1.6 Modalità di esecuzione

1.6.1. Metodologie di riferimento:

La capacity building è la metodologia applicata in questo progetto. Tale metodologia verrà applicata attraverso una parte *on training* con lezioni presso la Scuola Infermieri ed una *on the job*, attraverso l'affiancamento del personale sanitario qualificato durante il tirocinio pratico dentro e fuori l'ospedale. L'applicazione di tale metodologia favorirà l'erogazione dei servizi sanitari primari in Karamoja poiché l'ospedale di Matany e le altre strutture sanitarie della regione si impegnano ad assorbire il personale formato. Inoltre porterà dei benefici indiretti attraverso la formazione di altro personale ("formazione di formatori"), processo che si verificherà dopo la assunzione del personale formato.

1.6.2. Organizzazione operativa:

Il Chief Executive Officer (CEO) dell'ospedale di Matany detiene la responsabilità complessiva del progetto ed, in particolare, del corretto utilizzo delle risorse economiche e umane, del monitoraggio delle attività da svolgersi, della valutazione dei risultati, dell'attività di reportistica interna ed esterna e ne risponde alle sedi centrali dei Gruppi d'Appoggio. Il coordinamento costante tra le attività del progetto e la direzione della Scuola viene garantito dalla presenza del CEO all'interno del Management Committee della scuola. La controparte detiene la titolarità delle iniziative realizzate nell'ambito del progetto, in particolare di tutti i beni acquisiti e ne assume la responsabilità della gestione al termine del progetto garantendo quindi la sostenibilità dell'iniziativa.

In sintesi:

- La Conferenza Episcopale Ugandese sarà responsabile della gestione dei fondi e della componente di rendicontazione, monitorerà tutte le attività previste e anche l'approvvigionamento/distribuzione di tutti i beni.
- La Conferenza Episcopale Ugandese, attraverso la Diocesi di Moroto e nello specifico la scuola St Kizito di Matany parteciperà alla implementazione del progetto tramite la valorizzazione delle proprie infrastrutture, del proprio personale, delle attrezzature e dei sussidi didattici già in uso nella scuola. La controparte parteciperà inoltre alla programmazione, al coordinamento ed all'implementazione delle attività attraverso il coinvolgimento della responsabile della Scuola e del personale esistente. Più precisamente i compiti specifici della controparte saranno:
 - ⇒ Identificazione e selezione dei beneficiari per i corsi di formazione in Docenti per Infermieri.
 - ⇒ Partecipazione alla programmazione e monitoraggio delle attività
 - ⇒ Valutazione continua delle conoscenze, attitudine e abilità acquisite dagli studenti
 - ⇒ Implementazione delle attività di didattica nella scuola e di formazione on the job in ospedale.

L'accordo che regola l'organizzazione operativa è contenuto nel protocollo di intesa tra i tre Gruppi d'Appoggio e la Conferenza Episcopale Ugandese (CEU).

1.6.3. Contesti operativi di riferimento:

Il progetto è pienamente allineato con il Piano di Azione per l'Eradicazione della Povertà (Poverty Eradication Action Plan, PEAP) il cui obiettivo generale entro il 2017 è di ridurre a meno del 10% la quota di popolazione che vive in assoluta povertà (meno di 1 USD al giorno). L'allineamento è legato al contributo che il progetto dà al raggiungimento del terzo e del quarto punto del PEAP i quali propongono rispettivamente di aumentare il reddito dei poveri (attraverso l'accesso alla terra, al mercato, l'aumento della produttività, la promozione dell'occupazione, l'attenzione ai gruppi svantaggiati) e di migliorare la qualità della vita dei poveri (attraverso l'accesso alla sanità primaria, l'educazione primaria, l'accesso a acqua pulita, la conservazione delle risorse naturali e dell'ambiente, la gestione delle emergenze, l'alfabetizzazione).

In considerazione della condivisione di molti obiettivi tra PEAP e Millennium Development Goals, si può dire che il progetto contribuirà anche al raggiungimento di alcuni di tali obiettivi.

Inoltre la Politica Sanitaria Nazionale e il Piano Sanitario Strategico II fase (HSSP) II pongono particolare enfasi

1. sul fattore risorse umane in sanità considerando prioritaria la formazione di personale qualificato e motivato da distribuire uniformemente nel paese così da assicurare a tutta la popolazione l'accesso ai servizi sanitari primari (Minimum Health Care Package)
2. sul rafforzamento del partenariato pubblico-privato per la sanità

A tale riguardo, il progetto presentato dà un contributo eccezionale sia al punto 1 che 2 visto che la scuola St Kizito di Matany è l'unica scuola per infermieri del Karamoja e l'ospedale St Kizito di Matany è un esempio ben noto nel paese di partenariato virtuoso tra pubblico e privato che ha permesso il raggiungimento di livelli di eccellenza nella qualità delle cure erogate malgrado il difficile contesto ambientale tanto da far sì che l'Ospedale sia riconosciuto nella pratica come l'ospedale di riferimento del Karamoja.

Il progetto si innesta poi in un percorso di sostegno da parte dei Gruppi d'Appoggio all'Ospedale attraverso il supporto di attività cliniche e formative.

Allo stesso tempo il progetto si presenta coerente con il recente Piano per la Sicurezza e lo Sviluppo (PRDP) della popolazione del Nord-Est del paese che mira ad una riduzione dello stato di povertà attraverso il sostegno ad iniziative formative, la creazione di opportunità lavorative, la rottura delle barriere tribali ed il miglioramento dello stato sociale della donna.

1.6.4. Monitoraggio e valutazione:

Il piano di monitoraggio verrà stabilito all'inizio del progetto dal CEO in accordo con i Gruppi d'Appoggio ed in collaborazione con la Responsabile della Scuola. Si prevede l'invio semestrale di un Rapporto Periodico di Monitoraggio (RPM) da parte del CEO alla sede dei Gruppi d'Appoggio con indicazione delle attività svolte, del raggiungimento delle mete previste per ciascuna attività e dei costi relativi sostenuti. La raccolta dei dati di attività e la compilazione delle statistiche scolastiche saranno a cura della Responsabile della Scuola congiuntamente al CEO, responsabile ultimo del monitoraggio del progetto.

Per l'aspetto formativo verranno presi in considerazione dati di attività come il numero di diplomati presso la Scuola Infermieri, la loro origine e il posto di impiego dopo la qualifica, indicatori di processo come il numero di studenti che abbandonano la scuola prima del termine degli studi ma anche indicatori di qualità come il risultato degli esami di fine corso e delle indagini conoscitive tra gli studenti. Verranno inoltre prese in considerazione le valutazioni di fine missione eventualmente compiute da altre istituzioni come il MOES, UNMC e la UCMB.

Al termine della missione verrà prodotto un report di valutazione dell'andamento del progetto. Alla chiusura del progetto verrà effettuata una revisione finale in loco a cui parteciperà anche la controparte e verrà prodotto un rapporto finale di valutazione del progetto, compilato in base ai risultati attesi e ai relativi indicatori.

1.8 Sostenibilità

1.8.1. Sostenibilità economico-finanziaria:

Fino al 2006 le fonti di finanziamento della Scuola Infermieri St Kizito di Matany sono state il Ministero della Sanità Ugandese (10% del budget attraverso i PHC Conditional Grants), il contributo richiesto agli studenti (10% del budget), la Cooperazione Danese – DANIDA (80% del budget attraverso un programma di supporto alle 3 scuole infermieri del nord est Uganda appartenenti al Settore Private Not For Profit, *Health Sector Programme Support to PNFP Training Health Training Institutions*). La crisi nazionale nel settore delle risorse umane particolarmente grave nelle aree rurali del nord est del paese ha convinto la DANIDA ad estendere il supporto a tutte le Scuole per operatori sanitari dell' Uganda con l'obiettivo di formarne un numero maggiore. Gli studenti selezionati saranno vincolati da un contratto firmato all'inizio del corso di studi con il MoH in cui si impegnano a lavorare nelle aree meno servite del paese. Il supporto finanziario sarà sotto forma di borse di studio erogate dal MoH alle Scuole. A tal fine le risorse finanziarie procurate dalla DANIDA insieme con quelle erogate dal Ministero della Sanità (PHC CG) e di eventuali altri donatori verranno versate in un fondo comune gestito dal Ministero della Sanità attraverso un progetto chiamato Ministry of Health-Health Sector Programme Support III: component 4 Support to Private Not For Profit Health Training Institutions – MOH-HSPS III Support to PNFP HTI). Il MoH verserà alla Scuola un contributo annuo di 2 milioni di scellini ugandesi per un numero di studenti pari al 40% della capacità formativa della scuola. Ancorchè gli esatti meccanismi non siano ancora stati definiti risulta indubbio come tale supporto dal Settore Pubblico sia indice della scarsità di risorse umane sanitarie. Comunque fino alla definizione dei nuovi meccanismi di supporto da parte del Settore Pubblico, il Consiglio di Amministrazione della Scuola ha assicurato la copertura finanziaria in quanto convinto assertore della idea che una istituzione accademica è completamente diversa da altre realtà produttive. Questa idea si basa sull'assunto che una Scuola Private Not For Profit dislocata in una Regione dove le condizioni di vita della popolazione sono particolarmente difficili, non può chiedere un contributo elevato alle famiglie degli studenti. Pertanto il Consiglio di Amministrazione, sulla scorta della Mission delle istituzioni sanitarie cattoliche, ha fatto la scelta strategica di:

1. offrire corsi diversificati nell'ambito del nursing, tali da assicurare la formazione di personale qualificato e adeguato ai bisogni sanitari primari delle comunità delle aree rurali;
2. assicurare l'accessibilità ai corsi anche a candidati non abbienti provenienti dalle regioni più povere del Paese.

La Scuola di Matany, pertanto, sfugge dalla logica dell'impresa commerciale, opta per la qualità e l'accessibilità agli studi e imposta il problema della sostenibilità in altri termini: la sostenibilità dei corsi dipende soprattutto dalla qualità del prodotto (livello di preparazione degli studenti qualificati) e, di conseguenza, dall'interesse di potenziali sostenitori (pubblici o privati) pronti a contribuire alla copertura dei costi di gestione. Infatti la costante presenza di personale qualificato nell'ospedale di Matany permetterà la erogazione di servizi di qualità del tutto assenti nella regione. La qualità del prodotto reso e l'efficienza del processo indurrà potenziali sostenitori a supportare la istituzione.

1.8.2. Sostenibilità istituzionale:

Al termine del progetto la controparte locale (Conferenza Episcopale Ugandese) si farà garante della gestione della scuola in ciò facilitata dal fatto che le attività di formazione di personale sanitario rientrano tra le priorità del paese nei prossimi 15 anni e saranno verosimilmente non solo consolidate ma addirittura espanse in relazione ad una maggiore disponibilità finanziaria legata all'ingresso di nuovi donatori nel programma pubblico di supporto alle scuole del settore Private Not For Profit. Soltanto questo aspetto sarebbe sufficiente a garantire una sicura 'sostenibilità' istituzionale anche al termine del triennio progettuale ma vi sono anche altri aspetti da considerare come:

1. la continuità della offerta formativa della scuola le permetterà di beneficiare di nuovi donatori privati
2. l'utilizzo di una metodologia operativa basata sul training on the job del personale e la condivisione delle scelte con il Management Team svilupperà un senso di maggior appropriazione dei contenuti e delle metodologie che sono stati propri del progetto che permetterà di mantenere elevata nel tempo la qualità degli studenti diplomati
3. la introduzione di sistemi di raccolta dati e monitoraggio della performance della scuola consentiranno al Consiglio di Amministrazione di operare scelte strategiche basate sulle evidenze nonché di aumentare la spendibilità della istituzione di fronte a potenziali donatori
4. i nuovi docenti per infermieri formati garantiranno la continuità didattica in quanto legati da un bonding agreement con la scuola.

1.8.3. Sostenibilità socio – culturale:

Le autorità locali sono collaborative e politicamente impegnate a livello nazionale a promuovere iniziative volte allo sviluppo delle aree più svantaggiate del paese. Ciò fa ritenere possibile la condivisione delle scelte strategiche ed organizzative della scuola, ed il loro supporto nel tempo.

In generale, comunque l'intervento non introdurrà sostanziali innovazioni ma si inserirà in processi già in atto; per questa caratteristica non si renderanno necessarie particolari azioni di accompagnamento a carattere socio culturale.

1.9. Risorse umane, fisiche e finanziarie

Personale locale

Una delegazione di 3 persone dal MOES sarà responsabile della valutazione iniziale e finale degli studenti della scuola.

Test di ingresso e valutazione finale	1° anno
3 persone x 5 giorni x 20 €/anno per i test di ingresso	300,00
3 persone x 5 giorni x 20 €/anno per gli esami finali	300,00
Totale per annualità	600,00

Una delegazione di 3 persone dal MOES ed una altra del MOH/ESA eseguiranno visite annuali di monitoraggio delle attività degli studenti.

Supervisione del Ministero	1° anno
MOES (3 persone x 3 giorni x 20 € al giorno)	180,00
MOH (3 persone x 3 giorni x 20 € al giorno)	180,00
Totale per annualità	360,00
Totale annualità per consulenti in loco	720,00

Formazione dei quadri locali

Il corso di caposala prevede la frequenza di 1 mese presso un ospedale di livello nazionale. Il costo stimato in base alle precedenti esperienze è di 100 €/mese per studente e include il trasporto, vitto, alloggio, assicurazione e un out of pocket. Il gruppo di studenti deve essere accompagnato da un docente/istruttore clinico per il quale si stima un costo di 150 € comprensivo degli incentivi per la trasferta fuori distretto secondo lo schema (allowances scheme) indicato dal MoH per i propri dipendenti.

Corso a Butabika e/o Mulago e/o Soroti	1° anno
15 RN x 200 € /mese	3.000,00
1 docente x 150 €/mese/gruppo di studenti	300,00
Totale per annualità	3.300,00

Si prevede la partecipazione del corpo docente (2 insegnanti e 2 istruttori clinici) a 2 eventi formativi all'anno con un costo stimato di 100 € ciascuno. La Responsabile della Scuola parteciperà a 6 eventi formativi che per loro natura avranno un carattere più istituzionale che formativo con conseguenti costi maggiori dato che implicano spostamenti e soggiorno nella capitale. Il costo stimato è di 150 € ciascuno.

Corso di aggiornamento	1° anno
4 membri del corpo docente x 2 eventi/anno x 100 €	800,00
Responsabile della Scuola x 6 eventi/anno x 150 €	900,00
Totale per annualità	1.700,00

Borse di studio

Il corso per caposala dura 2 anni. Il corso per infermiere professionale dura 2,5 anni. Si prevede una iscrizione annuale per il corso in EN ed una biennale per il corso di caposala.

Figura prevista	1° anno
25 EN x 800 € /anno (iscrizione al 1° anno di corso)	20.000,00
25 EN x 800 € /anno (iscritti al 2° anno di corso)	20.000,00
25 EN x 800 € /anno (iscritti al 3° anno di corso)	10.000,00
15 RN x 800 €/anno (iscritti al 1° anno di corso)	12.000,00
Totale per annualità	62.000,000

1.10. Piano finanziario

Nome e sigla dell'ONG:	St Kizito Hospital Matany
Titolo del progetto:	Supporto alla Scuola Infermieri St Kizito di Matany

	anno 1	totale	%
Personale locale			
Tests di ingresso e valutazione	600,00	600,00	
Supervisione del Ministero	720,00	720,00	
<i>Subtotale</i>	<i>1.320,00</i>	<i>1.320,00</i>	<i>2,0</i>
Formazione quadri locali			
Corso in Ospedale Nazionale	3.300,00	3.300,00	
Corsi di aggiornamento per docenti	1.700,00	1.700,00	
<i>Subtotale</i>	<i>5.000,00</i>	<i>5.000,00</i>	<i>7,3</i>
Borse di studio			
Borse di studio	62.000,00	62.000,00	
<i>Subtotale</i>	<i>62.000,00</i>	<i>62.000,00</i>	<i>90,7</i>
TOTALE GENERALE	68.320,00	68.320,00	100,000

Sintesi dei costi a carico

	Totale	Contributo GRUPPI	Apporto controparte	Apporto altri
1^ anno				
Totale generale progetto	68.320,00	68.320,00	=	0
Percentuali	100%	100%	=	0%