



Allegato 8
Rapporto descrittivo

1. DICHIARAZIONE GENERALE DELL'ENTE ESECUTORE

Il sottoscritto **Massimo Vaggi**, in qualità di Legale Rappresentante dell'EA *Coordinatore NOVA OdV, Nuovi Orizzonti per Vivere l'Adozione organizzazione di volontariato*, con sede legale in **Grugliasco (Torino)**, via **T. Lanza, 31**, C.F. **97512040011** consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445, **che NOVA OdV ha presentato alla ST-CAI il seguente rapporto:**

Relazione semestrale per il periodo 1.11.2023 – 30.4.2024

- le azioni e gli obiettivi come descritti corrispondono a quanto effettivamente realizzato.
- le spese rendicontate sono al netto di IVA;
- le spese relative alle Spese Generali sono state calcolate percentualmente rispetto ai costi del Progetto, e nel limite previsto dal budget, sulla base di parametri stabiliti dalla CAI;
- le spese sostenute e documentate dai relativi giustificativi si riferiscono solo ed unicamente a quelle previste ed approvate nel Budget allegato al Progetto. I relativi giustificativi saranno conservati presso le sede NOVA di via Scipione dal Ferro 16, Bologna, ad eccezione di quelli relativi alle spese sostenute dalla Fondation Viviane, da PFDU, da Colk, da AFDECO, dall'associazione Aurore, da Amka Katanga, come da comunicazione n. 4 allegata al Contratto stipulato con la Commissione e agli indirizzi indicati nelle comunicazioni dei partner e soggetti locali n. 5-9 allegate al Contratto, e (quanto ad Amka Katanga) datata 1.9.2021, per un periodo di almeno cinque anni successivi all'erogazione del saldo dallo stesso EA *Coordinatore*;
- le spese rendicontate e citate nel rapporto descrittivo e contabile si riferiscono esclusivamente alle attività poste in essere per l'attuazione del Progetto;
- le spese sostenute da NOVA nel Paese nel periodo dal 1° novembre 2023 al 30 aprile 2024 ed effettuate in contanti, riguardano acquisti di generi alimentari, medicinali, strumenti di modico valore. Il motivo, volta per volta indicato con dichiarazioni di accompagnamento, consiste nella qualità del fornitore: negozi di alimentari di piccole\medie dimensioni, farmacie, uffici amministrativi, che non accettano pagamenti con assegno o con bonifico, per i costi elevanti delle transazioni bancarie o – ancora più spesso – in quanto non titolari di alcun conto corrente. Il pagamento in contanti è ammesso dalla legislazione locale e diffusissimo nelle consuetudini locali. Si allegano dichiarazioni del consulente legale e del consulente finanziario in loco che certificano l'inesistenza di qualsivoglia normativa in materia di obblighi di tracciabilità (all D3 e D4).
- il pagamento delle tasse per il personale NOVA e Fondation Viviane (IPR) è avvenuto secondo le modalità autorizzate con le comunicazioni RUP 7 aprile e 25 maggio 2021, CAI n. 0026684, e infine RUP 24 maggio 2023 che conferma le precedenti tutte, e in ogni caso con le seguenti modalità. In ragione delle dimensioni e della categoria di inquadramento alla Direzione Generale delle Imposte, NOVA e Fondation Viviane sono tenute al pagamento con sistema c.d. manuale (contanti presso lo sportello bancario su delega della DGI - Direction Generale des Impots). Si segnala che invece Amka è autorizzata al c.d. sistema misto, manuale o bonifico. Il pagamento per i dipendenti NOVA e Fondation Viviane è avvenuto pertanto con bonifico bancario da NOVA al consulente, e da questi in contanti allo sportello bancario. Si allega nuovamente, per comodità di lettura, una dichiarazione della DGI del Comune di Kinshasa (D1), che certifica che le disposizioni relative ai Centri d'Imposta della Provincia riconoscono CADECO come banca in regime di monopolio per la riscossione delle imposte, affinché "ogni contribuente che dichiara le proprie tasse paghi sur place



NUOVI ORIZZONTI PER VIVERE L'ADOZIONE
ORGANIZZAZIONE DI VOLONTARIATO

Per incontrare i nostri figli
abbiamo fatto un lungo viaggio.
Oggi accompagniamo nuovi viaggiatori...

(alla cassa) nel resort dove è gestito" e ciò al fine di evitare "il pagamento per bonifico bancario". Si allega inoltre una dichiarazione del Consulente contabile e finanziario che conferma le modalità di pagamento (D2).

- Si allega l'elenco delle spese sostenute

In fede, **Massimo Vaggi**, Presidente NOVA e responsabile del progetto

Bologna-Grugliasco, il 15.5.2024



ENTE AUTORIZZATO ALL'ADOZIONE INTERNAZIONALE (LEGGE 476/98)
ENTE MORALE (D.M. 17/7/96) ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO (ISCR. REG. PIEMONTE 17/12/97)

SEGRETERIA NAZIONALE: Parco Culturale "Le Serre" - Via T. Lanza, 31 - 10095 Grugliasco (TO) - Tel. 011 770 75 40 - Fax 011 770 11 16 - segreteria@associazionenova.org - C.F. 97512040011

www.associazionenova.org

Allegato 8
Rapporto descrittivo

2. INFORMAZIONI SUL PROGETTO

Nome e sigla dell'Ente Autorizzato Coordinatore NOVA OdV Nuovi orizzonti per Vivere l'Adozione	
Legale rappresentante dell'Ente Autorizzato Massimo Vaggi – presidente	
Titolo del progetto Una rete per la tutela dei minori vulnerabili nella RDC	
Referente progetto Massimo Vaggi	
Indirizzo via T. Lanza 31, 10095, Grugliasco, tel 0117707540, 3466935099	
Indirizzo e-mail presidente@associazionenova.org pec associazionenova.pec@pec.it	
Dati bancari: Banca Intesa San Paolo, Bologna, IBAN IT56 P030 6909 6061 0000 0102 942, BIC BCITITMM	
Enti partner International Action APS, Azione per Famiglie Nuove Onlus, Centro Adozioni La Maloca OdV, Fondazione Avsi, Amici Missioni Indiane, Istituto La Casa, Amici di Don Bosco (ora Fondazione AVSI),	
Altri Soggetti partner AIS Seguimi Onlus, Amka OdV, CCWW Italia OdV, Fondation Viviane E.U.P., PFDU O.N.G., Amka Katanga ASBL	
Delibera di finanziamento: n.37\2023\SG del 27 febbraio 2023	
Area geografica AFRICA	Paese REPUBBLICA DEMOCRATICA DEL CONGO
Regione: Kinshasa – Kananga - Lubumbashi	Località: Kinshasa – Kananga – Lubumbashi
Area/e di intervento SALUTE, ACCOGLIENZA, EDUCAZIONE	
Data avvio attività 1.11.2023 data conclusione attività (relative al periodo rendicontato) 30.4.2024	
Durata progetto 18 mesi	
Costo complessivo 686.841,10	
Finanziamento CAI 652.499,04	
Contributo EA Coordinatore euro 14.842,06	
Contributo EA partner e/o altri Soggetti partner euro 19.500,00	
Data erogazione 1ª tranche/acconto 09/11/2023	Importo 260.999,62
Data erogazione 2ª tranche	Importo
Obiettivo generale del Progetto contribuire al potenziamento di una rete di attori pubblici e privati al fine di assicurare la salute, l'inclusione e l'emancipazione dei minori svantaggiati, e di prevenirne l'abbandono	
Obiettivi specifici del Progetto <i>OS1 Migliorare l'efficienza del sistema degli attori pubblici e privati impegnati nella lotta alla malnutrizione e nel sistema di rilevazione prevenzione e cura delle patologie ricorrenti, nonché le conoscenze delle famiglie dei bambini, affinché i minori ricevano cure e alimentazione adeguate</i> <i>OS2 Prevenire l'abbandono dei minori portatori di handicap attraverso il rafforzamento delle conoscenze e della rete degli attori pubblici e privati e delle famiglie sul tema dei diritti dei minori, assicurando altresì cure e assistenza adeguate</i> <i>OS3 Rafforzare le competenze di attori pubblici e privati e delle famiglie sul tema del diritto allo studio, altresì garantendolo ai minori particolarmente svantaggiati</i>	
RICHIESTE DI VARIAZIONE ED ESTREMI ATTO DI APPROVAZIONE CAI	
1) richiesta di variazione 1.11.2023, approvata con delibera CAI 0023062-P-24/11/2023-4.26.2.6.	
2) richiesta di variazione 26.1.2024, approvata con delibera CAI 0001633 - A-26.01.2024 – CAI 0002172 – A - 06.02.2024	
Periodo di riferimento del rapporto: dal 1.11.2023 al 30.4.2024	
Nome del Revisore contabile: dottoressa Elisabetta Dalrio , n. 125526 del Registro Revisori Contabili	





Allegato 8
Rapporto descrittivo

3. MONITORAGGIO

MONITORAGGIO:

Un accordo raggiunto tra tutti gli Enti del Coordinamento OLA che hanno presentato domande di finanziamento (AVSI, International Action e La Maloca, che sono partner del presente progetto, oltre che CLAI) li impegna a dare seguito all'intensa collaborazione intervenuta già in sede di progettazione degli interventi anche nell'ambito del monitoraggio delle attività, con incontri mensili di verifica congiunta. Il sistema di monitoraggio si baserà sui seguenti strumenti: aggiornamento dell'analisi della vulnerabilità, in corso di progetto, matrice degli obiettivi e indicatori e matrice dei risultati e azioni. Il piano di monitoraggio specificherà indicatori di efficienza ed efficacia, fonti, metodi, frequenza e programmazione della raccolta dati (livello di disaggregazione, tecniche di campionamento, etc.), e sarà articolato entro l'inizio del progetto sulla base di quanto declinato sotto, in sintesi, e aggiornato dopo 9 mesi, nei criteri e nell'analisi di vulnerabilità. In ogni caso si prevedono diversi livelli di monitoraggio, valutazione e rendiconto. Il primo, in loco, parte dai responsabili dei singoli servizi (fisioterapia, ortopedia, sorveglianza sanitaria, formazione, programma di fornitura di generi alimentari, ecc...), ai quali vengono richiesti rapporti periodici, per lo più mensili. I rapporti vengono poi valutati dal Direttore, che ne controlla veridicità e qualità, anche con la partecipazione frequente o ispezioni periodiche in occasione dei momenti di formazione o delle attività. Il Direttore, siglando i rapporti, ne certifica i contenuti. Tale primo momento di monitoraggio viene svolto in ogni località dove il progetto opera, con diverse modalità che necessariamente privilegiano, nelle città di Kananga e Lubumbashi, attività da remoto. Il Direttore avrà in ogni caso il compito di visitare con frequenza abituale tutti i centri di accoglienza nonché i centri medici. Il Project Manager e il Formatore dello staff hanno l'onere di istruire preliminarmente i dipendenti e i collaboratori, nonché (l'Amministratore/Direttore) i partner esecutivi quanto alle modalità da rispettare al fine di poter agevolare il controllo di qualità e ottenere il rimborso delle spese. Tra queste la predisposizione di modelli di contratti (con l'Avvocato), relazioni, modelli di giustificativi di spesa. Si valorizzerà il dato iniziale costituito dalle relazioni dei soggetti esecutivi che indicheranno: il numero dei minori ospitati nei centri, il numero dei minori del servizio di fisioterapia, di ortopedia, nonché il numero delle famiglie individuate nell'ambito del censimento delle necessità di formazione e di dotazione di alimenti iperproteici. L'Amministratore di progetto (Direttore) avrà dovrà sollecitare e raccogliere la copia delle ricevute (per operare una valutazione quantitativa) e le fonti di verifica utili a convalidare i dati indispensabili (IoV) che saranno ritenere raggiunti o meno i risultati attesi: numero dei minori assistiti e curati, delle protesi realizzate, delle famiglie e degli operatori che partecipano alla formazione, dei minori ammessi al programma di fornitura di alimenti, delle sessioni di formazione, dei minori che in virtù del pagamento delle rette scolastiche frequentano la scuola. Dovrà operare una valutazione qualitativa delle attività proposte, tradotta in relazioni trimestrali, indirizzate al project manager. La cadenza ravvicinata consentirà di operare con tempestività e proporre le correzioni indispensabili.

L'amministratore contabile locale avrà il compito, insieme al Direttore, di verificare ogni singola ricevuta per valutarne la congruità rispetto ai criteri del bando. Il secondo livello di controllo avverrà a cura del PM, del contabile e del responsabile del progetto, che con la supervisione del RUC porteranno alla redazione dei report narrativi e contabili alle scadenze previste. Onere del PM e del responsabile del progetto sarà in particolare quello di verificare il raggiungimento degli obiettivi, attraverso la lettura e valutazione delle fonti di verifica; onere del contabile sarà quello di operare una seconda e approfondita valutazione di congruità delle ricevute rispetto ai criteri imposti dal bando, di redigere una bozza dei rapporti contabili e trasmetterli al RUC. Il responsabile del progetto discuterà con il RUC le segnalazioni (eventuali) che da questo dovranno pervenire. Il contabile, infine, avrà l'onere di inserire i dati all'interno della contabilità generale dell'Ente coordinatore. E' previsto (almeno) un viaggio di monitoraggio nella RDC da parte del responsabile del progetto e presidente di NOVA e del PM AIS Seguiami e Amka opereranno un controllo diretto e costante sulle attività dei partner PFDO e Amka Katanga. Collaboreranno con i coordinatori provinciali di Kananga e Lubumbashi per la raccolta delle relazioni narrative e dei giustificativi di spesa, per trasmetterli al Direttore del progetto, al quale segnaleranno eventuali criticità

MONITORAGGIO:

Si è dato seguito all'accordo intervenuto tra gli Enti OLA, a proposito della periodicità di incontri di monitoraggio e confronto. Il primo incontro è avvenuto in data 21.12.2023. E' stata fatta un'esposizione generale dei dati relativi all'inizio e allo svolgimento delle azioni del progetto. In particolare, è stato evidenziato che non sono emersi elementi di vulnerabilità, nonostante che fossero state previste come possibili, in occasione delle elezioni presidenziali fissate per il giorno 20 dicembre, manifestazioni anche violente e una situazione di ordine pubblico incerta. Così non è stato (se non parzialmente a Kananga) e il progetto ha subito, al più, un contenuto ritardo nell'inizio delle attività

solo in quella città. Nel corso dell'incontro del 21.12 sono emerse, più che altro, possibili diverse interpretazioni su alcuni aspetti relativi alla rendicontazione contabile, per cui si è deciso di chiedere congiuntamente un chiarimento (M2). I rappresentanti degli Enti si sono poi riuniti in data 6 gennaio 2024 (M4) e in data 5 marzo 2024 (M5), per esaminare in particolare questioni attinenti all'archiviazione e ai rendiconti contabili. In data 7 maggio si è svolta una ulteriore riunione (M7) in cui si sono specificamente affrontati i temi relativi alla conservazione degli originali e della redazione del report semestrale.

È stato predisposto nei tempi previsti dal progetto l'iniziale piano di monitoraggio (in allegato M1). E' stata elaborata trimestralmente, in esecuzione del piano di monitoraggio, una matrice di raccolta dati, che riporta, per ogni obiettivo e attività: i dati dei risultati attesi, quelli rapportati al periodo, quelli raggiunti, il differenziale (delta) percentuale, le fonti di verifica allegate ai rapporti.

Si allegano i due documenti (trimestrale e semestrale) relativi al periodo (M6 e M8).

Nell'esposizione del contenuto delle singole attività, si darà conto dei rapporti inoltrati con la cadenza prevista (mensile) da parte dei responsabili dei singoli servizi e dei rapporti di sintesi (anche in questo caso, mensili) che a partire dal mese di dicembre 2023 il Direttore ha puntualmente elaborato.

Quanto alla verifica dei dati quantitativi\qualitativi degli esiti della formazione, si segnala che nella valutazione dei questionari somministrati agli operatori delle Zones de Santé, dei Relais, dei Centri di accoglienza e delle famiglie, ci si è attenuti ai criteri comunemente accettati (cfr M3, da <https://www.surveymonkey.com/mp/sample-size/> e tabelle da <https://www.research-advisors.com/tools/SampleSize.htm>) secondo le quali il numero di indagini, confrontato con il numero di partecipanti, deve essere tale da poter garantire un margine di attendibilità del 95% (non inferiore al 90%) e un margine di errore contenuto entro il 5% (mai oltre il 10%).





4. RAPPORTO DESCRITTIVO DI FASE

RISULTATI RAGGIUNTI, AZIONI, INDICATORI, ATTORI E BENEFICIARI.

RISULTATO ATTESO 1: (comune a OS1, OS2, OS3). E' migliorata l'efficienza del sistema di attori pubblici e privati impegnati nelle aree tematiche del progetto. 20 operatori delle Zones de Santé, 40 operatori dei Relais (l'indicazione "20" nella cella di risultato è frutto di un errore, vale il numero di 40 indicato nella cella dell'attività), 30 operatori dei centri di accoglienza, 768 famiglie sono formati sui temi propri del progetto: malnutrizione e salute, disabilità e inclusione, educazione. La "formazione dei formatori" garantisce sostenibilità all'intervento progettuale. Quella delle famiglie sarà elemento di impatto a medio\lungo termine nelle comunità.

RISULTATO 1: E' stata migliorata l'efficienza del sistema di attori pubblici e privati impegnati nelle aree tematiche del progetto. L'intero staff del progetto (29 persone), 62 operatori delle Zones de Santé e dei Relais, 30 operatori delle strutture riconosciute dal Ministero, 73 operatori e volontari dei centri di accoglienza, 380 famiglie, sono stati formati sui temi propri del progetto: malnutrizione e salute, disabilità e inclusione, educazione. La "formazione dei formatori" garantisce sostenibilità all'intervento progettuale. Quella delle famiglie sarà elemento di impatto a medio\lungo termine nelle comunità.

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 1):

ATT. 1.1	(OS1 – OS3) Formazione degli operatori e dei professionisti del progetto Contribuisce alla realizzazione degli obiettivi 2, 3, 10 dell'agenda ONU 2030. Un esperto di specifica esperienza proporrà un programma preliminare di formazione degli operatori e dei professionisti del progetto, da realizzarsi a Kinshasa, Kananga e Lubumbashi. La formazione dello staff, condivisa tra AVSI e NOVA e programmata sulla base di metodi interrogativi e attivi, sarà articolata in iniziali sessioni di teoria dedicate all'analisi delle metodologie comunicative e di somministrazione dell'offerta formativa, nonché alla gestione dei gruppi. Tenendo conto dei suggerimenti che verranno dallo staff di progetto, e sulla base di iniziali proposte elaborate dal Project Manager e dal Formatore, saranno poi articolati i modelli e i formulari di rilevazione dati e i questionari, per dedicare infine le ultime sessioni alla condivisione dei criteri di valutazione delle loro evidenze
OUTPUT	Lo staff del progetto riceverà formazione iniziale per aumentare le capacità comunicative, la gestione dei gruppi e l'efficacia della formazione da rendere ai beneficiari (operatori Zones de Santé, Relais, Centri e famiglie). Impatto atteso: con la formazione degli operatori sarà garantita una più stabile base di conoscenze a chi dovrà svolgere nel medio\lungo periodo un ruolo istituzionale: la "formazione dei formatori" garantisce sostenibilità all'intervento. La stabilizzazione delle conoscenze nelle famiglie modificherà i comportamenti alimentari e garantirà un effetto positivo sulla comunità in cui sono inserite.

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 1):

ATT. 1.1	Preliminarmente, si segnala che sono stati conclusi, con decorrenza dalla data di inizio del progetto, i contratti di lavoro con l'espatriato (all a) lo staff NOVA (all b, c, d, e), il personale della Fondation Viviane retribuito dal progetto (all o-y), con quello di Amka (all z,aa,ab,ac,ad) e PFDU (all. ae, af, ag). I contratti specificano le mansioni, gli orari e il luogo di svolgimento dell'attività, in conformità con quanto previsto dalla scheda di progetto e dai suoi allegati. Sono stati stipulati i contratti con il consulente contabile (all. f), con il professionista incaricato di ideare e implementare il sito del progetto (all. g) con i centri medici incaricati della sorveglianza sanitaria e del programma di lotta alla malnutrizione (all. h, i, j). NOVA ha comunicato formalmente, per i contratti che prevedevano un obbligo in questo senso, la data di inizio delle azioni (all. l e n). Ha dato formale incarico al personale addetto all'amministrazione e al project manager (all m). Lo studio di consulenza del lavoro attesta il costo orario del personale incaricato in Italia (all 16). E' stato predisposto materiale di uso frequente, da utilizzare nell'ambito della formazione degli operatori delle Zones de Santé, dei Relais, dei centri di accoglienza e delle scuole, e successivamente da questi nelle attività quotidiane. Tra gli altri, la stampa di una brochure basata sulle linee guida del Ministero (all.1) e due tabelle (plastificate) relative alle misure del rapporto peso\altezza nei bambini e negli adolescenti (all. 2, 3), un vademecum di utilizzo comune indirizzato agli operatori già qualificati delle Zones de Santé e, eventualmente, dei Relais Communautaires (all. 4), un documento infografico, di semplice contenuto e percezione, sulle principali regole igieniche e sulle malattie più frequenti (tifo, malaria, ecc...) (all 5). Inoltre,
-----------------	---

un documento esplicativo di obiettivi, azioni, budget e cronogramma del progetto (all. 6). Il formatore AVSI, incaricato della formazione in materia psico-sociale, ha proposto e discusso con gli organi del progetto un documento programmatico sui temi e sulle metodologie da usare (all. 7).

La formazione dello staff si è esaurita nel primo mese di progetto ed è stata approfondita e completa, e anzi notevolmente ampliata nel suo contenuto grazie alla presenza a Kinshasa di una missione del medico incaricato da CCWW Italia, dottor Franco Foschi, e della nutrizionista Alice Tonello, che hanno potuto estendere allo staff le sessioni formative specifiche sui temi della salute e della malnutrizione – attività non prevista dalla scheda di progetto.

In particolare: il giorno 3 novembre si è tenuta, a cura del Direttore, una sessione di formazione dello staff di Kinshasa, per un totale di 14 partecipanti: 5 dipendenti, 5 collaboratori, 4 persone a diverso titolo implicate nelle attività ma non dipendenti o collaboratori, sui contenuti del progetto: obiettivi, beneficiari, azioni, cronogramma, modalità di rendicontazione. Il Direttore dà conto dei contenuti della sessione, allegando il registro dei partecipanti (all. 9).

Il giorno 23 novembre si è tenuta on-line, con la presenza del responsabile del progetto Massimo Vaggi, una sessione con il personale dello staff di Kananga. Erano presenti il direttore, il coordinatore della provincia Anacleto Muyaya Tshiaba, il nutrizionista Emmanuel Mukinayi Lumama, l'agronomo Gaston Mutsipayi Buana.

Il giorno 24 novembre si è tenuta on-line, con la presenza del responsabile del progetto Massimo Vaggi e del direttore, una sessione con il personale dello staff di Lubumbashi: la coordinatrice Flavie Umba Kabunda, la nutrizionista Mwika Ngoye Karil Rica, l'infermiere Augustin Banze Kabulo, il medico Soki Luzolo Isabelle, l'agronomo Fedon Umba Numbi.

Il responsabile del progetto attesta il contenuto delle due sessioni allegando i registri dei partecipanti (all. 25, cfr. altresì il rapporto del coordinatore provinciale di Kananga in doc 106).

Il formatore Georges Bikanaba, incaricato di svolgere la formazione prevista dalla scheda di progetto, ha tenuto specifiche sessioni a Lubumbashi (dal 16 al 18 novembre) e Kinshasa (20 e 21 novembre), sui seguenti temi: analisi dei bisogni, sviluppo della persona, i traumi, i cambiamenti, gli approcci educativi, l'ascolto, metodologie comunicative e di somministrazione dell'offerta formativa (all. 27). Si allegano anche alcune note specifiche relative all'espressione dei propri bisogni da parte dei minori (all. 65). Purtroppo, l'ultimo incontro di formazione previsto per Kinshasa (il 22 novembre, mezza giornata) non si è tenuto a causa di un gravissimo lutto che lo ha colpito (il decesso della moglie ancora giovane) e che lo ha costretto a ritornare a Goma (all. 27). Quanto a Kananga, il Direttore del progetto, in accordo con il coordinatore provinciale, ha di conseguenza deciso di affidare l'incarico, dopo avergli inviato le note in all. 65, al coordinatore stesso, che ha qualifica, esperienza e titolo di formatore (cfr. curriculum vitae, all. 24). Si è trattato, sul punto specifico, di una formazione ridimensionata (all. 26) sia in virtù del numero esiguo dei partecipanti (due), sia soprattutto del fatto che, visto il loro curriculum e la lunga pregressa esperienza nella partecipazione a staff di gestione di progetti di cooperazione, diversamente da altri dipendenti o collaboratori del progetto non presentano un bisogno particolare di approfondire la propria formazione su questi temi. Non si è ritenuto dunque ragionevole utilizzare le risorse del progetto per ripetere le sessioni con un ulteriore spostamento del signor Bikanaba da Goma (per due sole persone oltre al coordinatore/formatore).

Il formatore certifica la presenza di 10 persone a Lubumbashi e 15 a Kinshasa (anche se il registro presenze è sottoscritto da 14 persone). Tra queste, l'intero staff assunto dal progetto e altri collaboratori a vario titolo implicati (oltre che responsabili dei centri e insegnanti delle scuole). In all. 27 il rapporto del formatore e i registri di presenza, e in F6 documentazione fotografica. All'esito della formazione il signor Bikanaba ha rilasciato attestati di avvenuta formazione: si allegano in copia quelli dei dipendenti e dei più stretti collaboratori del progetto (all. 56 e 57). Certifica che un pre-test finalizzato a verificare le conoscenze in materia di appoggio psico-sociale ha evidenziato che un 80% dei partecipanti a Lubumbashi e un 66,6% a Kinshasa avevano competenze insufficienti. All'esito della formazione la percentuale a Lubumbashi si è attestata sul 15% (uno su sette). A Kinshasa, per le gravi ragioni di cui sopra, non è stato possibile somministrare il test finale (all. 27).

L'intero staff di Kinshasa ha partecipato alla formazione che il medico e il nutrizionista CCWW hanno tenuto a Colk il giorno 28 novembre e (il logista/assistente) o ad Aurore il giorno 30 novembre (cfr. attività successiva 1.2 per la descrizione dei contenuti e delle modalità, nonché per le fonti di verifica).

Per quanto riguarda Lubumbashi, si è tenuta una riunione on line il giorno 27 novembre (cfr. relazione del Direttore in all. 52). Per Kananga era prevista una analoga sessione per il tardo pomeriggio del giorno 1° dicembre, che non si è tenuta per una caduta pressoché totale e prolungata di ogni comunicazione tra le due città (cfr. rapporto del Direttore).



	Il Direttore, oltre che il citato rapporto di sintesi della formazione svolta (all 52), ha inoltrato un rapporto di valutazione dei questionari distribuiti (a cura dei coordinatori provinciali) all'inizio della prima sessione in ogni località, e completati nell'ultima. Si tratta di dieci questionari aventi ad oggetto i temi del progetto (all 36 e 37) e, come scrive il Direttore <i>"finalizzati non tanto a indagare il livello di conoscenze specifiche, dal momento che per alcuni soggetti le domande riguardavano un ambito di intervento del tutto estraneo a quello richiesto dal progetto (es. l'avvocato o l'autista), quanto a verificare la capacità di apprendere, di accumulare e sistematizzare informazioni, di utilizzare il materiale divulgativo messo a disposizione. Ciò al fine di valutare l'applicazione e la capacità di integrazione all'interno di un team che, necessariamente, dovrà agire in modo coordinato. In questo senso si è deciso anche di limitare al massimo il numero delle domande, sia per non "appesantire" la sessione sia perché si è considerato che anche un numero limitato di questioni potesse essere sufficiente a consentire una valutazione sufficiente"</i>. Dai questionari si evince che il 100% degli intervistati ha migliorato le proprie competenze (all 38, valutazione del direttore del progetto).
OUTPUT	Lo staff del progetto ha ricevuto formazione adeguata ad aumentare le capacità comunicative, la gestione dei gruppi e l'efficacia della formazione da rendere ai beneficiari (operatori Zones de Santé, Relais, Centri e famiglie). Inoltre, ha approfondito la conoscenza del progetto (obiettivi, beneficiari, azioni, cronogramma, regole gestionali) e di alcuni suoi contenuti tecnici principali (malnutrizione e salute). Con la formazione è stata garantita una più stabile base di conoscenze per chi dovrà operare attività dirette e indirette di "formazione dei formatori" e delle famiglie, così garantendo sostenibilità all'intervento e la stabilizzazione delle conoscenze.

INDICATORI OGGETTIVAMENTE VERIFICABILI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO ATTESO:

IOV

Numero delle sessioni di formazione per lo staff

100% degli operatori del progetto partecipa alla formazione e denota un sensibile miglioramento delle competenze

FONTI DI VERIFICA

Questionari iniziali e finali di valutazione. Rapporti e relazioni dei formatori e del direttore di progetto. Liste presenza, materiale fotografico, numero sessioni di formazione.

IOV. Le sessioni di formazione per lo staff sono state complessivamente 7 (due in più giorni). Tutti gli operatori - in modo diverso in ragione delle località e delle specifiche competenze pregresse e dunque delle necessità - hanno partecipato alla formazione e sensibilmente migliorato le proprie competenze.

Le **fonti di verifica** sono: all 9) rapporto del coordinatore e registro presenze, all 25) rapporto del responsabile del progetto e registri presenza, all. ti 19-22) rapporti del medico CCWW e registri presenze, all 26), rapporto del direttore, all 27) rapporto formatore AVSI, risultati test e registri presenza, all. 36 e 37) questionari, all 38) rapporto di valutazione dei questionari, all 52) rapporto del direttore, all. ti 56 e 57) certificati di formazione, all 65) note sulla formazione psicosociale, all 106) rapporto del coordinatore Kananga.

Documentazione fotografica, F2, F3, F5, F6 e in doc 106

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI

indiretti: 20 operatori delle Zones de Santé, 40 operatori dei Relais Communautaires, 30 operatori dei centri di accoglienza (1536 adulti) di minori malnutriti.

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI RAGGIUNTI:

Beneficiari diretti: tutto lo staff del progetto (5 dipendenti, 7 collaboratori NOVA a Kinshasa - 1 avvocato, 1 nutrizionista, 5 medici - nonché 4 dipendenti o collaboratori Amka Katanga a Lubumbashi, 3 collaboratori PFDU a Kananga)

2 persone a vario titolo coinvolte nelle azioni del progetto che hanno partecipato alla formazione in materia psicosociale a Kinshasa (1 collaboratore, 1 responsabile dei centri di accoglienza)

Indiretti: tutti coloro che riceveranno formazione nel corso del progetto, il cui numero non potrà che essere precisato all'esito di tutte le azioni.

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

AVSI curerà la formazione dello staff di progetto. Saranno a suo carico gli oneri per la diaria nel periodo di missione, il vitto e l'alloggio del formatore a Kinshasa, Kananga e Lubumbashi.

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI: AVSI ha garantito la presenza di un formatore qualificato, che solo a causa di un lutto gravissimo non ha potuto completare totalmente la formazione (che in piccola parte è stata pertanto delegata al formatore PFDU). Amka e PFDU hanno garantito la presenza del proprio personale nelle sessioni on line e in presenza. PFDU ha gestito l'evento formativo del 30 novembre.

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 1):

ATT. 1.2	(OS1-OS3) Formazione del personale delle Zones de Santé, dei Relais Communautaires e dei Centri di accoglienza sui temi della malnutrizione, della salute, della disabilità, del diritto allo studio. Contribuisce alla realizzazione degli obiettivi 2, 3, 10, dell'agenda ONU 2030. Il Governo congolese, nell'ambito di un programma di lotta alla malnutrizione organizzato con UNICEF, propone un censimento dei minori malnutriti e la fornitura di dotazioni settimanali di alimenti proteici come strumenti essenziali di politica sanitaria. A questo fine ha distribuito le competenze territoriali in Zones de Santé, Aires de Santé, Cellules d'Administration Communautaire (CAC). Il progetto prevede una collaborazione con 4 Zones de Santé: 2 a Kinshasa, 1 a Lubumbashi, 1 a Kananga, e con altrettanti Relais Communautaires (organizzazioni di volontari, cittadini del quartiere/ zona). Inoltre, prevede una collaborazione con quattro Centri di accoglienza (Fondation Viviane, Colk, Afdeco, Aurore). La prima attività sarà quella di formazione degli operatori. Il programma di formazione sarà unico, anche se ogni singola sessione riguarderà i contenuti degli Obiettivi Specifici 1, 2, 3. Per quanto riguarda OS1 il programma per gli operatori delle Zone de Santé e dei Relais (60 partecipanti) sarà fondato sui dati scientifici e di indirizzo che sono riportati nel protocollo di intesa NOVA-CCWW, allegato, nonché nel programma specifico sulla malnutrizione per l'area di Mabaya, a cura dell'Unità Nutrizionale dell'Ospedale, parimenti allegato. La formazione sarà a cura di medici, nutrizionisti, assistenti sociali e formatori. I temi saranno la malnutrizione e la salute, e gli argomenti specifici saranno i seguenti. Malnutrizione (2 incontri): gli alimenti proteici facilmente reperibili nella RDC, le proprietà alimentari, le modalità della loro cottura, l'acqua e il suo trattamento, il programma (Pronanut) del Ministero e la diffusione delle conoscenze nella popolazione. Cause, sintomi e conseguenze della malnutrizione. Salute: 2\3 incontri: le cause della mortalità infantile, igiene personale, acqua e suo trattamento, prevenzione delle malattie da parassiti, infezioni, le malattie endemiche e il programma pubblico di vaccinazione e assistenza sanitaria. Per quanto riguarda OS2 la formazione sarà a cura di medici, assistenti sociali e formatori, e avrà come oggetto i temi dell'inclusione e disabilità. Gli argomenti saranno: i bambini-stregone, le cause dell'handicap, il suo trattamento, il diritto a una famiglia (1 incontro). Per quanto riguarda OS3 la formazione sarà a cura di assistenti sociali e formatori (1 incontro) e avrà come oggetto gli argomenti dell'emancipazione e autonomia attraverso lo studio. La "formazione dei formatori" garantisce sostenibilità alle azioni del progetto. Analogo scopo avrà la compilazione dei dati raccolti, anche in lingua francese, e il loro conferimento al Ministero della salute. Per quanto riguarda il personale dei Centri (30 partecipanti) la formazione avrà durata e struttura molto simili, con esclusione di alcuni argomenti (il programma Pronanut del Ministero) e l'inclusione di altri (come combinare e cuocere gli alimenti, la cucina per comunità). In all. 26 (della scheda di progetto) la "tavola sintetica" del programma, articolato per ogni soggetto.
OUTPUT	Sono realizzate sei sessioni di formazione per 60 operatori delle Zones e dei Relais e 30 dei Centri, che migliorano il livello delle loro competenze. Impatto atteso: con la formazione degli operatori sarà garantita una più stabile base di conoscenze a chi dovrà svolgere nel medio\lungo periodo un ruolo istituzionale: la "formazione dei formatori" garantisce sostenibilità all'intervento.

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 1):

ATT. 1.2	Nell'ambito della formazione degli operatori, è stato utilizzato il materiale predisposto e di cui si è dato conto nell'azione precedente, e dunque la brochure basata sulle linee guida del Ministero (all.1) le due tabelle (plastificate) relative alle misure del rapporto peso\altezza nei bambini e negli adolescenti (all. 2, 3), e infine il vademecum in doc 4. La formazione del personale delle Zones de Santé e dei Relais Communautaires è stata concentrata nel primo mese di progetto per quanto riguarda Kinshasa e Lubumbashi, e nel secondo mese per quanto riguarda Kananga, ed è stata particolarmente intensa, articolata e approfondita. Si è ritenuto infatti di dedicare molte risorse e molto tempo alla formazione, che è stata diversamente articolata in relazione alle necessità concrete, che paiono pressanti e fondamentali per tutti gli attori su alcuni temi (salute e malnutrizione) e di grande importanza solo per alcuni di essi (i diritti dei minori, per i volontari, gli operatori dei centri e delle scuole, in parte dei Relais). La partecipazione è stata elevatissima, sia in termini numerici (il numero dei beneficiari diretti è notevolmente maggiore di quello minimo previsto) sia in termini qualitativi. Nei giorni 6-7-8-9 novembre si sono tenute a Kinshasa quattro giornate di formazione per il personale del Ministero (ivi compreso il personale di ICS, partner del Ministero nell'esecuzione del programma PCIMA\ANJE), delle Zones di Santé di Ngaba e Mont-Ngafula, dei Relais Communautaires di Gloria,
-----------------	--



Matadi-Mayo, Mitendi, Pumbu, degli Istituti di accoglienza. Le ultime ore pomeridiane del giorno 9 novembre sono state dedicate alla cerimonia di chiusura e ai saluti delle autorità (sindaco di Mont Ngafula, Medico Coordinatore della Zona di Mont Ngafula).

Il programma è stato preventivamente concordato con la Direzione Provinciale del Programma PCIMA\ANJE del Ministero della Salute (programma di lotta alla malnutrizione). Di conseguenza, è stato possibile ottenere la presenza qualificata degli esperti del Ministero.

Le relazioni sono state: del dott. Guy Mungaba e del dottor Prosper Kalumba, in qualità di esperti del Ministero (Pronanut), del dottor Katay Luambua Israel, medico del centro Medico Israel, ICS, partner del progetto, e infine del dottor Ngboza Wehohanu Ruth, responsabile del programma PCIMA\ANJE di ICS. Il dott. Guy Mungaba ha svolto una relazione dal titolo: *il programma PCIMA Pronanut del Ministero della Salute - i suoi organi, lo stato di avanzamento dell'esecuzione del programma*. Il dottor Prosper Kalumba una relazione dal titolo: *Repubblica Democratica del Congo - la condizione della malnutrizione infantile* (esposizione dei dati).

Il dottor Katay Luambua Israel ha proposto relazioni sui punti essenziali previsti dal programma di formazione del progetto, e dunque: le cause della mortalità infantile, le malattie endemiche, sintomi e trattamento, il programma di sorveglianza sanitaria per la popolazione. Il dottor Ngboza Wehohanu Ruth ha sviluppato gli argomenti (come sopra, relativi ai punti previsti dal programma di formazione del progetto) sui temi seguenti: l'acqua e il suo trattamento, il programma di lotta alla malnutrizione nel quadro del programma di salute (la formazione della popolazione), i sintomi della malnutrizione, le proprietà degli alimenti.

La partecipazione, come attestato dai fogli presenza allegati e dal rapporto del direttore del progetto e del medico responsabile di ICS (all 10), è stata la seguente:

Operatori delle articolazioni del Ministero della salute: 30

Operatori Pronanut (nutrizionisti del Ministero assegnati alle Zone di Salute): 5

Operatori diretti delle Zone di Salute: 4

Operatori dei Relais (RECO): 10

Operatori dei centri di accoglienza: 3

Si segnala che il personale delle Zones de Santé era di alto livello e particolarmente qualificato (medici, nutrizionisti).

Hanno inoltre partecipato stagisti, studenti, professionisti, del cui numero non si dà conto perché non previsti tra i beneficiari del progetto, ma i cui nomi risultano dalla lista dei partecipanti.

Nel corso della formazione, l'assistente sociale del progetto ha tenuto un intervento sui temi a lui riservati: la tutela dei diritti dei minori - il trattamento dell'handicap e l'emancipazione attraverso lo studio. Riferisce che, in considerazione dell'alto livello di conoscenze della platea dei partecipanti, e dunque del fatto che le riflessioni proposte potevano risultare elementari, il tempo dedicato alla relazione è stato contenuto. Data per scontata la conoscenza sulle cause fisiche o psicofisiche dell'handicap, ha ritenuto di proporre una discussione aperta sul ruolo che gli attori delle azioni del progetto e i professionisti possono rivestire nella diffusione della consapevolezza dell'estraneità del soprannaturale rispetto alla condizione di handicap (all. 10).

All'inizio della formazione sono stati distribuiti ai rappresentanti dei Relais (10), e delle Zone di Salute (9) nonché a due rappresentanti dei centri di accoglienza, dei questionari (in format diversi per gli operatori degli uni e delle altre, in ragione del diverso livello di competenze). Il direttore, che li ha analizzati (all. 11) rileva che le risposte esatte all'inizio della formazione sono state 63 su 81 (Zones) e 80 su 168 (Relais e centri), e al termine 78 su 81 (Zones), e 118 su 168 (Relais) (all. 12-14). E' stato consentito ai partecipanti di accedere ad appunti e anche eventualmente di utilizzarne di propri.

Tutti i partecipanti hanno migliorato le loro competenze - tranne tre che avevano risposto esattamente a tutte le domande sin dall'inizio.

Alcuni rappresentanti dei Relais e delle Zones de Santé (in numero di 36 i primi e 19 i secondi) hanno poi partecipato alle giornate di formazione (eventi) dedicate al personale dei Centri e di cui si dirà sotto, tenute dal medico e dal nutrizionista CCWW (cfr. registri presenza allegati).

A Lubumbashi la formazione del personale delle Zones de Santé e dei Relais Communautaires si è svolta nel corso del primo mese di progetto, ed è avvenuta a cura del coordinatore provinciale (e formatore), del nutrizionista e del medico del progetto. Si è trattato di nove sessioni in sette giorni, tenutesi nelle date dal 2 novembre al 9 novembre: quelle relative alla malnutrizione hanno occupato due giorni, e ciascuna una mezza giornata. È stato seguito il programma concordato all'inizio delle attività, che si riassume nella griglia seguente:

1.1 Malnutrition: l'eau et son traitement

1.2 Malnutrition: le programme de lutte à la malnutrition dans le cadre du programme de santé. La formation de la population

1.3 Malnutrition: les symptômes de la malnutrition

1.4 Malnutrition : les propriétés des aliments

4.1. Les maladies: les causes de la mortalité infantile

4.2. Les maladies endémiques : symptômes et traitement

4.3. Le programme de surveillance sanitaire pour la population

6.1. Les enfants sorciers: origine de le handicap

6.2 Le droit à l'étude et l'émancipation

La formazione si è svolta con una relazione iniziale e una discussione a seguire, con le modalità di cui il coordinatore fa conto con il proprio rapporto (all 30). Anche il nutrizionista e il formatore hanno rassegnato un rapporto in cui danno atto, per ogni singola sessione, della sua durata, dei suoi contenuti, delle criticità, del numero dei partecipanti (registrati) e della loro funzione (all 31).

Si tratta di 9 rappresentanti delle Zone de Santé (8 il giorno 4.11) e 24 rappresentanti dei Relais. Sono stati distribuiti e raccolti questionari di valutazione (all. 33-35) che hanno dato i seguenti risultati: all'inizio delle sessioni le risposte errate o incomplete sono state più del 45%. Al termine sono state circa l'11%. Sono un questionario presenta lo stesso numero di risposte errate all'inizio e alla fine. Si segnala una competenza generale – soprattutto nei Relais – piuttosto bassa, tanto che molti dei partecipanti sono stati aiutati nella compilazione (alcuni anche nella lettura in lingua francese).

A Kananga la formazione è iniziata con due giornate (nei giorni 15 e 16 dicembre) dedicate in particolare ai temi della salute (l'acqua e il suo trattamento) e della malnutrizione (il programma di lotta alla sua diffusione, la formazione della popolazione, i sintomi della malnutrizione e le proprietà degli alimenti) (all 106, rapporto del coordinatore di Kananga). La partecipazione è stata: di due infermieri, di 7 rappresentanti RECO, di un responsabile (chef) del quartiere, e cioè di persone per le quali, come riferisce il coordinatore, gli argomenti trattati *"sono la base quotidiana del loro lavoro"* e che per questa ragione sono stati considerati prioritari. Ai partecipanti è stato riconosciuto, a carico delle spese generali del progetto e comunque dell'ente coordinatore, un rimborso per le spese di 10 dollari ciascuno (all 78).

Complessivamente, la formazione degli operatori delle Zones de Sante e dei Relais ha coinvolto:

Zones de santé	Sessioni di formazione	Eventi 28\11 – 1\12		
Kinshasa	9	19		
Lubumbashi	9			
Kananga	2			

Relais (RECO)	Sessioni di formazione	Eventi 28\11 – 1\12		
Kinshasa	10	36		
Lubumbashi	24			
Kananga	8			

I questionari sono stati somministrati (e sono allegati in 51 copie) a un numero di partecipanti utile a garantire il rispetto dei criteri comunemente accettati, secondo i quali il margine di errore nella valutazione deve essere contenuto entro i limiti del 5% (cfr M3, tabella da www.surveymonkey.com/mp/sample-size/).

Per quanto riguarda la formazione del personale dei centri di accoglienza, questa è stata iniziata - ma non esaurita - in coincidenza con la missione a Kinshasa di un medico e di uno specialista nutrizionista incaricati da CCWW Italia. La continuità dei rapporti da intrattenersi con gli operatori dei centri ha consigliato una formazione distribuita in svariate occasioni e su tempi dilatati. Per questa ragione si parla singolarmente di "eventi" e non "sessioni". Il giorno 28 novembre si è tenuta un evento specifico a Colk, alla presenza: del dottor Franco Foschi e della dottoressa Alice Tonello, incaricati da CCWW Italia, del dottor Israel Luambua Katai e della dottoressa Ntumba Lusamba Nadine (nutrizionista) per conto di ICS (nonché di un ulteriore medico e un nutrizionista di ICS), dell'avvocato del progetto Christian Bakekika, dell'assistente sociale Beya Betukumesu, del formatore Auriane Fatuma Bindela. La formazione, che è svolta in unica

giornata in due momenti, nella mattina e nel pomeriggio, si è incentrata sui temi previsti dal programma che è stato allegato alla scheda di progetto.

Nel corso del pomeriggio l'avvocato Bakekika e l'assistente sociale hanno proposto un intervento affrontando i temi dei diritti dei minori (il codice dei diritti del minore, le condizioni del diritto allo studio, le origini dell'handicap e le sue conseguenze (all 68). Si allega documentazione fotografica (F5, F7, F8). I partecipanti sono stati 35: 15 del centro, 11 dei Relais, 5 delle Zones de Santé, 4 altri (personale a vario titolo interessato) – cfr. registro presenze in all. 19)

Il giorno 29 novembre si è tenuto un evento specifico ad Afdeco, alla presenza: del dottor Franco Foschi e della dottoressa Alice Tonello, del dottor Israel Luambua Katai e della dottoressa Ruth Nghoza Wehonanu (nutrizionista) per conto di ICS. La formazione, che è svolta in unica giornata in due momenti nella mattina e nel pomeriggio, si è incentrata sui temi previsti dal programma di formazione che è stato allegato alla scheda di progetto. I partecipanti sono stati 26: 7 del centro, 9 dei relais, 8 delle Zones de Santé. Cfr. registro presenze in all 20.

Vista la numerosa partecipazione, il formatore Auriane Fatuma Bindela ha proposto un breve intervento sul tema dei diritti dei minori, all 79)

Il giorno 30 novembre si è tenuto presso il centro di salute Ambulatorio Leda un evento dedicato al personale del centro Aurore e del quartiere, alla presenza: del dottor Franco Foschi e della dottoressa Alice Tonello, del dottor Hippolite Kapanga, della responsabile del centro Gloria Buana. La formazione si è svolta in unico momento mattutino (Aurore si trova in una zona della città raggiungibile solo dopo alcune ore di macchina se si parte dalla sede del progetto) e si è incentrato sui temi previsti dal programma di formazione che è stato allegato alla scheda di progetto. I partecipanti sono stati 38: 14 del centro, 16 dei relais, 6 delle Zones de Santé, 2 altri (personale a vario titolo interessato). Cfr. registro presenze in all 21). Nonostante il poco tempo disponibile, e vista la presenza numerosa, l'avvocato Bakekika ha fatto un breve intervento sul tema dei diritti dei minori (all 68).

Il giorno 1° dicembre si è tenuto un evento dedicato alla Fondation Viviane e al personale del quartiere, alla presenza: del dottor Franco Foschi e della dottoressa Alice Tonello, nonché del dottor Lendo Doudou, medico responsabile del centro. La formazione si è svolta in unico momento mattutino e si è incentrato sui temi previsti dal programma di formazione che è stato allegato alla scheda di progetto.

Come più volte si è sottolineato, la Fondation è la realtà più radicata nel proprio quartiere, e per questa ragione i partecipanti – escludendosi il personale del progetto e il medico convenzionato - sono stati 38 operatori e volontari della Fondation (oltre al medico responsabile). Cfr. registro presenze in all 22)

Vista la numerosa partecipazione, il formatore Auriane Fatuma Bindela ha proposto un breve intervento sul tema dei diritti dei minori, all 79)

I temi affrontati in tutti gli eventi sono stati quelli previsti dalla scheda di progetto, e dunque: la malnutrizione: 1: l'acqua e il suo trattamento, 2) i sintomi della malnutrizione, 3) le proprietà degli alimenti. La salute: 1) le cause della mortalità infantile, 2) le malattie endemiche, i sintomi e il trattamento.

Il medico responsabile di CCWW ha redatto un rapporto specifico per ogni evento di formazione. (all. ti 19, 20, 21, 22) nel quale dà atto delle presenze, dei contenuti e delle modalità concrete di formazione.

Si propone uno specchietto riepilogativo delle presenze, come risultanti dai registri:

	presenze, di cui:	operatori e volontari dei centri	Relais	Zones de Santé	Professionisti, altri
Colk	35	15	11	5	4
Afdeco	26	7	9	8	2
Aurore	38	13	16	6	3
F. Viviane	39	38			1
	138	73	36	19	10

In considerazione della particolarità delle modalità di somministrazione della formazione, si è deciso che i questionari da sottoporre ai soli operatori e volontari dei Centri (65 su 73) fossero limitati alle questioni relative alla salute e alla malnutrizione, e molto contenuti nel numero di domande: distribuiti all'inizio delle giornate del 28 novembre\1° dicembre, e ritirati al loro termine, hanno dato i seguenti risultati: all'inizio le risposte errate erano circa il 52% del totale, alla fine il 19% circa (all 48-51).

Si segnala che alcuni partecipanti hanno dovuto essere aiutati nella compilazione, perché non conoscevano a sufficienza la lingua francese. Altri 8 non hanno compilato il questionario.

Il margine di errore nella valutazione, considerando 65 questionari su 73 operatori, è pari a circa il 4\4,5% (cfr. M3).

Si è ritenuto molto utile estendere la formazione prevista per gli operatori dei centri di accoglienza anche agli operatori delle scuole Amka Katanga, per quanto ciò non fosse espressamente previsto dalla scheda di progetto. Si è trattato di nove incontri, tenutisi nelle date dal 10 novembre al 13 novembre e dal 20 al 23 novembre (nel periodo 14\19 si è tenuta la formazione del personale di progetto in materia psico-sociale). Le prime quattro sessioni relative alla malnutrizione hanno occupato due giorni, e ciascuna di esse una mezza giornata, mentre la dimostrazione culinaria (2.5) ha occupato una terza giornata. E' stato seguito il programma concordato all'inizio delle attività, che si riassume nella griglia seguente:

- 2.1 Malnutrition: l'eau et son traitement
- 2.2 Malnutrition : les aliments et la nutrition adéquate
- 2.3 Malnutrition: les symptômes de la malnutrition
- 2.4 Malnutrition: comment traiter les aliments, et comme les combiner
- 2.5 Malnutrition: cuisinier pour une communauté. Démonstration
- 5.1. Les maladies endémiques : symptômes et prévention
- 5.2. Hygiène personnelle
- 6.1. Les enfants sorciers: origine de le handicap
- 6.2 Le droit à l'étude et l'émancipation

Come per le Zones e i Relais, la formazione si è svolta con una relazione iniziale e una discussione a seguire, con le modalità di cui il coordinatore da conto con il proprio rapporto (all 30). I partecipanti sono stati da un minimo di 24 (sei sessioni) a un massimo di 26 (2 sessioni): le presenze sono state registrate, e il nutrizionista, il formatore e il medico di Amka Katanga danno atto del contenuto di ogni singola giornata, delle presenze, delle criticità emerse (all. 32).

Oltre che nelle sedi previste (sessioni ed eventi di formazione) occorre segnalare che il direttore, il formatore, i medici convenzionati (Kilimani, ICS, Aurora) e gli incaricati nelle province di Lubumbashi e Kananga (coordinatori, nutrizionisti, medici) hanno svolto con continuità un'attività di supervisione e controllo sulle attività degli operatori dei centri di accoglienza, delle scuole e dei Relais – in particolare gli addetti al censimento delle famiglie - e di conseguente formazione su aspetti che necessitavano di correzioni.

OUTPUT

Sono state realizzate sette giornate di formazione a Kinshasa (una sessione di tre giorni e 4 eventi giornalieri) per 74 operatori delle Zones e dei Relais, 30 operatori delle strutture del Ministero, 73 operatori e volontari dei Centri di accoglienza, che hanno migliorato il livello delle loro competenze.

Sono state organizzate 14 giornate di formazione a Lubumbashi: 7 per 33 (numero minimo di partecipanti, max 34) operatori delle Zones di Santé e dei Relais e 7 per 24 (numero minimo, max 26) di operatori delle scuole.

Sono state realizzate quattro giornate di formazione a Kananga per 8 operatori dei Relais (tra cui un responsabile) e 2 infermieri delle Zones de Santé

Con la formazione degli operatori è stata garantita una più stabile base di conoscenze al fine di garantire sostenibilità all'intervento.

INDICATORI OGGETTIVAMENTE VERIFICABILI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO ATTESO:

IOV

Numero delle sessioni di formazione per operatori.

100% degli operatori partecipa alla formazione. 85% degli operatori denota un sensibile miglioramento delle competenze

FONTI DI VERIFICA

Questionari iniziali e finali di valutazione. Rapporti e relazioni dei medici, dei formatori, dei coordinatori provinciali e del direttore di progetto. Liste presenza, materiale fotografico, numero sessioni di formazione.

INDICATORI RAGGIUNTI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO RAGGIUNTO:



IOV:

Kinshasa:

sessioni di formazione: 6\7\8 novembre a Kinshasa, 4 eventi dal 27 novembre al 1° dicembre, per un totale di 7 giornate di formazione

operatori del Ministero: 30

operatori delle Zones de Santé: 9 (sessioni) + 19 (eventi)

operatori dei relais: 10 (sessioni) + 36 (eventi)

operatori dei centri di accoglienza: 73, di cui 3 sessioni + eventi.

Tutti gli operatori dei centri e molti volontari hanno partecipato. Tutti hanno migliorato il proprio livello di conoscenze

Lubumbashi:

14 giornate di formazione (7 per operatori Zones e Relais, 7 per operatori delle scuole)

Operatori delle Zones de Santé 9

Operatori dei Relais 24

Operatori delle scuole 26

Tutti i partecipanti hanno migliorato il proprio livello di conoscenze

Kananga:

2 giornate di formazione

Operatori delle Zones de Santé 2

Operatori dei Relais 8

FONTI DI VERIFICA:

Kinshasa, 6-9 novembre: fogli di presenza (in all. 10), rapporti del direttore, del medico incaricato, dell'assistente sociale (in doc 10) questionari, valutazione dei questionari (all. 11,12,13,14, 48,49,50,51), fotografie (F4,F5,F7,F8).

Kinshasa 27 novembre - 1° dicembre: fogli presenza e rapporti del medico incaricato CCWW (all. 19-22), dell'avvocato, (all. 68)

Lubumbashi 2-9 novembre: all 31

Lubumbashi 10-13 e 20-23 novembre: all 32

Kananga 15\16 dicembre, rapporto del coordinatore in all 106 e registri presenza in all 78

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI

20 operatori delle Zones de Santé, 40 operatori dei relais Communautaires, 30 operatori dei centri di accoglienza.

Indiretti: gli operatori delle strutture del Ministero che si occupano di infanzia, le comunità e i centri dove vivono le famiglie e i minori.

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI RAGGIUNTI:

diretti:

62 operatori delle Zones e dei Relais che hanno partecipato a più giornate (19 a Kinshasa, 33 a Lubumbashi, 10 a Kananga), 55 ulteriori che hanno partecipato a singoli eventi, 73 operatori e volontari dei Centri che hanno partecipato a eventi (di questi, 3 a più giornate di formazione, 6\8 novembre). 30 operatori delle strutture riconosciute dal Ministero (6\8 novembre).

Indiretti: gli operatori delle strutture del Ministero che si occupano di infanzia, le comunità e i centri dove vivono le famiglie e i minori

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

Le Zones de Santé, i Relais Communautaires e i Centri di accoglienza garantiranno la partecipazione del personale alle sessioni formative. Amka e PFDU gestiranno il programma di formazione a Kananga e Lubumbashi con proprio personale. CCWW svolgerà attività di studio dei dati, di monitoraggio, di indirizzo

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

Le Zones de Santé (e la direzione stessa del Ministero), i Relais Communautaires e i Centri di accoglienza hanno garantito la partecipazione del personale con ampia collaborazione. Amka e PFDU hanno gestito il programma di formazione a Kananga e Lubumbashi con proprio personale.

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 1):

ATT. 1.3

(OS1 - OS3) Formazione delle famiglie dei minori sui temi della malnutrizione, della salute, della disabilità, del diritto allo studio. Contribuisce alla realizzazione degli obiettivi 2, 3, 10 dell'agenda ONU 2030. Nell'ambito degli accordi di collaborazione con 4 Zones de Santé e altrettanti Relais Communautaires, la seconda attività sarà quella di formazione delle famiglie. In alcune Zones de Santé il programma di lotta alla malnutrizione a cura degli organismi pubblici è in fase preliminare di avvio (censimento), in altre ancora completamente da iniziare. A Lubumbashi e Kananga esiste già un data base di famiglie in difficoltà e minori che necessitano di aiuto, anche se è da aggiornare. A Kinshasa al contrario solo una delle Zones de Santé individuate ha già alcuni e parziali dati a disposizione. Si premette dunque che il progetto (come meglio si dirà sub attività 2.1) prevede un censimento dei minori in condizione di maggiore difficoltà da parte di personale che redigerà liste specifiche da consegnare alle singole Zones de Santé e agli organi di direzione del progetto. Gli addetti al censimento saranno rappresentanti della comunità, membri dei c.d. "relais communautaires", organizzazioni della società civile dei comuni/quartieri. Le famiglie

dei minori così individuati saranno ammesse al programma di formazione e lotta alla malnutrizione da parte del medico incaricato, con l'avvertenza che la partecipazione delle famiglie alle attività formative sarà presupposto indispensabile per l'ammissione ai benefici materiali di cui all'attività 2.2) (fornitura alimentare) in quanto la semplice somministrazione di alimenti proteici per un periodo determinato, che spesso è il primario interesse di ogni famiglia, non potrà esercitare alcuna efficacia duratura se non legata a un'adeguata formazione delle famiglie per dare loro gli strumenti necessari per rispondere nel tempo ai bisogni dei figli. Il programma di formazione delle famiglie sui temi della malnutrizione, della salute, della disabilità, del diritto allo studio sarà unico, anche se riguarderà i contenuti degli Obiettivi Specifici 1, 2, 3. In all. 26 (alla scheda di progetto) la "tavola sintetica" del programma, articolato per ogni gruppo di famiglie, che saranno nel numero complessivo di 768. Il numero di sessioni per ogni famiglia sarà nel minimo di sei.

Per quanto riguarda OS1 la formazione sarà a cura di medici, nutrizionisti, assistenti sociali e formatori. Sarà fondata sui dati scientifici e di indirizzo che sono riportati nel protocollo di intesa NOVA- CCWW, allegato, nonché dal programma specifico sulla malnutrizione per l'area di Mabaya, a cura dell'Unità Nutrizionale dell'Ospedale, parimenti allegato. I temi saranno la malnutrizione e la salute, e gli argomenti specifici saranno i seguenti. Malnutrizione (2 incontri): l'acqua e il suo trattamento, gli alimenti proteici, come conservare, combinare e cuocere gli alimenti. Cause, sintomi e conseguenze della malnutrizione. Salute: 2\3 incontri: le malattie endemiche, sintomi e prevenzione. L'igiene personale. La vaccinazione.

Per quanto riguarda OS2 la formazione sarà a cura di medici, assistenti sociali e formatori, e avrà come oggetto i temi dell'inclusione e disabilità. Gli argomenti saranno: i bambini-stregone, le cause dell'handicap (1 incontro).

Per quanto riguarda OS3 la formazione sarà a cura di assistenti sociali e formatori (1 incontro) e avrà come oggetto gli argomenti dell'emancipazione e autonomia attraverso lo studio.

OUTPUT

Sono realizzate sei sessioni di formazione per 768 famiglie, che migliorano il livello delle competenze. La stabilizzazione delle conoscenze nelle famiglie modificherà i comportamenti alimentari e garantirà un effetto positivo sulla comunità in cui sono inserite.

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 1):

ATT. 1.3

Nell'ambito della formazione delle famiglie è stato utilizzato il documento infografico, di semplice contenuto e percezione, sulle principali regole igieniche e sulle malattie più frequenti (tifo, malaria) (all 5). A Kinshasa, i gruppi di famiglie iscritte al programma di lotta alla malnutrizione hanno partecipato a sessioni di formazione che sono state proposte, su tutti i temi del progetto, in alcune giornate all'inizio della distribuzione dei kit alimentari.

Le famiglie sottoscrivono un registro dal quale risulta la loro partecipazione alla sessione di formazione (se tenutasi) e la ricezione dei kit alimentari (per il mese di dicembre all 97, per gennaio all 104, per febbraio all 128-132, per marzo all 170-171). Il direttore, nel rapporto mensile (all 88, all 105, all 136, all. 169) propone una sintesi delle sessioni di formazione effettuate. Si allegano i rapporti sottoscritti dai formatori, che descrivono il programma per ogni singola sessione, al quale si sono attenuti, e certificano l'avvenuto incontro. Alla data del 7 marzo, è stata completato il programma di formazione per il primo gruppo delle famiglie che si ritrovano presso Aurore e la Fondation Viviane (all 134 e 135). Per quanto riguarda le famiglie dei gruppi presso Colk, Afdeco e ICS il programma è stato completato nel mese di febbraio e marzo (all. 167, 168).

Il secondo gruppo di 10 famiglie ammesse al programma alla Fondation Viviane nel mese di febbraio (all 132, 133 e 171) ha ricevuto formazione ma ancora non ha ultimato il programma.

Il secondo (terzo per la Fondation Viviane) gruppo di 129 famiglie ammesse a Kinshasa al programma nel mese di aprile ha iniziato la formazione.

Tutte le famiglie hanno partecipato alla formazione, anche se non tutte hanno garantito la loro presenza ad ogni sessione. Il numero dei beneficiari corrisponde pertanto a quello dei minori che hanno usufruito del programma di distribuzione degli alimenti (escludendosi dal computo solo i minori che non hanno famiglia e vivono negli istituti, e dunque 5 ad Afdeco e 2 a Colk, cfr. azione successiva).

Oltre che nelle sedi previste (sessioni di formazione) occorre segnalare che i medici convenzionati (Kilimani, ICS, Aurore) hanno svolto con continuità un'attività di verifica dei comportamenti alimentari delle famiglie, e di conseguente formazione su singoli aspetti o situazioni che necessitavano di correzioni. Inoltre, hanno provveduto a offrire informazioni anche sugli altri temi del progetto a quelle famiglie che, per una ragione ritenuta valida, non avessero partecipato a una o più sessioni collettive.

A Lubumbashi si sono svolte sessioni per il primo gruppo di famiglie su tutti i temi del progetto (13 minori, cfr. attività seguente) nelle date del 16.11, 15.12 e 30.12 (vengono allegati il registro sottoscritto dai formatori e quelli sottoscritti dalle famiglie - dal formatore nel caso piuttosto frequente in cui i partecipanti non sappiano scrivere) (allegati 82, 83, 84, 85). I verbali sottoscritti dai formatori certificano la corrispondenza tra i temi previsti dal progetto e la formazione concretamente resa. Il secondo gruppo di 18 famiglie ha avuto formazione nei giorni 17 novembre, 18 dicembre, 19 gennaio, 16 febbraio, 6 marzo



(all 140 e 141, nonché all 89, 139 e 162, rapporti del coordinatore provinciale). Il terzo gruppo di 14 famiglie ha iniziato la formazione in data 16 gennaio 2024 (all 139), e l'ha continuata nelle date del 18 febbraio, del 15 marzo, del 15 e 16 aprile (all 162, 195).

Infine, le famiglie dell'ultimo gruppo del semestre (8 minori) hanno iniziato la formazione in data 22 febbraio 2024 (all 139), e l'hanno continuata nelle date del 18 marzo, del 17 aprile (all 162, 195).

A Kananga la formazione (all 106, rapporto del coordinatore, e all. 137, rapporti delle sessioni di formazione) è avvenuta in due giornate consecutive nei giorni 22 e 23 dicembre, per 29 famiglie, sui seguenti temi: le malattie endemiche (ivi compresa la malnutrizione), sintomi e prevenzione, l'igiene personale, i bambini stregoni e il diritto all'emancipazione. Si segnala che, come riferisce il coordinatore e formatore PFDU, hanno partecipato alle sessioni anche 19 membri di famiglie di minori che non sono ammessi al programma di distribuzione di kit alimentari. In considerazione del limitato numero di presenti per le famiglie dei minori già ammessi al programma, la formazione è stata ripetuta nelle giornate del 19 e 20 marzo (all 138, verbali di partecipazione alle sessioni), e a queste ulteriori sessioni hanno partecipato 39 genitori o membri delle famiglie o delle comunità che accudiscono i minori. Altre 40 famiglie hanno iniziato la formazione in data 29.4.2024 (due sessioni, all. ti 182 e 183)

La formazione ha dunque riguardato il seguente numero di famiglie (con l'avvertenza che alcune famiglie non hanno partecipato a tutte le sessioni di formazione), nel semestre:

	Primo gruppo	Secondo gruppo	Terzo Gruppo	Quarto gruppo	Totale
Kinshasa Aurore	25		33		58
Kinshasa Colk	14		21		35
Kinshasa Afdeco	10		25		35
Kinshasa ICS	25		25		50
Kinshasa FV	34	10	25		69
	0				
Lubumbashi	13	18	14	8	53
Kananga	40	40			80
TOTALE GENERALE	161	68	*143	8	380

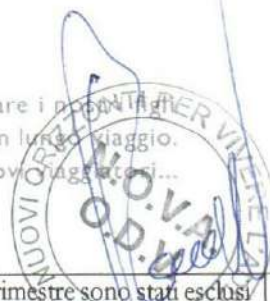
**Il dato esatto non è ancora confermato dai registri presenza di Kinshasa, e corrisponde - al momento - al numero delle famiglie ammesse al programma*

Si segnala che 11 famiglie (cfr azione successiva) non hanno partecipato sin dall'inizio o sono state escluse dal programma per la ricorrente mancata partecipazione alle sessioni di formazione e di distribuzione dei kit alimentari.

Pertanto, hanno partecipato alla formazione 380 famiglie (su 390).

Per quanto riguarda i questionari: sono stati somministrati oralmente dal direttore o dai formatori nel primo colloquio con le famiglie: molte di esse non scrivono o parlano correttamente francese, e molti genitori sono analfabeti. Come a ciò autorizzati dal RUP, gli organi del progetto daranno una valutazione delle risposte, e tali report costituiranno fonti di verifica dell'efficacia della formazione.

Con riferimento a un campione di 768 famiglie (come previsto dalla scheda di progetto), un numero di questionari pari a 461 garantisce un margine di errore nella valutazione del 2,5% (cfr M3) e un numero di 250 un margine di errore del 5% (il minimo ragionevole). Si confida di poter rispettare, nel corso del progetto, quanto meno il primo e più rigoroso parametro. Il primo questionario è stato somministrato a 106 componenti di famiglie censite a Kinshasa, e ha dato risultati molto poco incoraggianti: prevalgono di gran lunga, nelle risposte, i "je ne sais pas", soprattutto nelle zone più povere e disagiate (Aurore, Colk, ICS) e le percentuali di risposte errate arrivano a superare in alcuni casi l'85% (circa l'85% degli intervistati, ad esempio, non sa come si trasmette la febbre tifoide, malattia molto comune nella RDC). Il direttore ha valutato i questionari iniziali (all 90) e in sede di consuntivo, al termine della somministrazione dei kit e della formazione, ha verificato il migliorato livello di conoscenze, che è piuttosto evidente per i partecipanti



alla seconda indagine, ridotti a 98 in quanto alcuni degli iniziali nel corso del quadrimestre sono stati esclusi dal programma o si sono trasferiti (all 179). La formazione si è concentrata sui temi - molto semplici - che erano al centro delle domande, o quanto meno è partita da quei temi, per cui l'aspettativa andava nel senso di un deciso miglioramento del livello di competenze. Il direttore segnala che resta un dubbio sulla corrispondenza delle risposte date alla domanda numero 8 (le origini dell'handicap) rispetto alla loro veridicità, in quanto è almeno possibile che molte famiglie, in un contesto che non può garantire l'anonimato, abbiano alcune resistenze a dare risposte che esprimono credenze che il progetto ha fortemente messo in discussione. Il direttore conclude nel senso che la strada per sradicare le convinzioni più inaccettabili è ancora lunga. Si allega il format del questionario letto alle famiglie e riportato nel rapporto del direttore (all. 115). Per quanto riguarda il secondo gruppo di famiglie, il Direttore ha individuato un campione rappresentativo (50 famiglie, dieci per ogni centro). Anche per quanto riguarda il secondo gruppo, le risposte denotano una competenza iniziale del tutto inadeguata: ad esempio, i "je ne sais pas" raggiungono il 72% quando viene chiesta la ragione dell'handicap, il 65% quando si attribuisce al contatto con persone malate la propagazione della febbre tifoide (all 199).

A Lubumbashi si sono seguite identiche modalità: i questionari sono stati somministrati oralmente dal direttore o dai formatori nel primo colloquio con le famiglie. Per quanto riguarda il primo gruppo di 13 famiglie (che hanno beneficiato della distribuzione dei kit a carico del progetto, avendo già in precedenza usufruito del sostegno diretto di Amka) il coordinatore si limita a osservare che il primo e l'ultimo giorno sono state somministrate le domande dei questionari, e che le famiglie hanno migliorato visibilmente le loro conoscenze, che all'inizio si presentavano come medio-basse (all 89). Il secondo e il terzo gruppo, di 18 e 14 famiglie, hanno potuto avere una formazione più articolata e distribuita su un lungo periodo: anche in questo caso, come a Kinshasa, è decisamente rilevante, prima della formazione, il numero di "je ne sais pas", e su alcuni temi (ad esempio l'igiene dei locali o l'origine dell'handicap) prevalgono le risposte scorrette. Al termine della formazione, al contrario, tutti i partecipanti denotano un notevole miglioramento delle competenze e il numero di "je ne sais pas" è decisamente limitato (all 163 e 198, tabelle riassuntive delle risposte).

OUTPUT

Sono state realizzate 54 sessioni di formazione per 380 famiglie, che migliorano il livello delle competenze

INDICATORI OGGETTIVAMENTE VERIFICABILI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO ATTESO:

IOV

Numero delle sessioni di formazione per le famiglie.

100% delle famiglie partecipa alla formazione. 85% delle famiglie denota un sensibile miglioramento delle proprie competenze

FONTI DI VERIFICA

Questionari iniziali e finali di valutazione. Rapporti e relazioni dei medici, dei formatori, dei coordinatori provinciali e del direttore di progetto. Liste presenza, materiale fotografico, numero sessioni di formazione.

INDICATORI RAGGIUNTI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO RAGGIUNTO:

IOV:

Sono state realizzate 54 sessioni di formazione per le famiglie.

97% delle famiglie (380 su 390) ha partecipato alla formazione (salvo assenze in alcuni casi, ritenute giustificate). 3% delle famiglie (11) non hanno partecipato o hanno partecipato in modo insufficiente, e sono state escluse dal programma. 100% delle famiglie che ha partecipato denota un sensibile miglioramento delle proprie competenze

FONTI DI VERIFICA:

Questionari iniziali e finali di valutazione. Rapporti di valutazione. Rapporti e relazioni dei medici, dei formatori, dei coordinatori provinciali e del direttore di progetto. Liste presenza, materiale fotografico, numero sessioni di formazione.

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI

768 famiglie (1536 adulti) di minori malnutriti.

Indiretti: gli operatori delle strutture del Ministero che si occupano di infanzia, le comunità e i centri dove vivono le famiglie e i minori.

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI RAGGIUNTI:

380 famiglie (760 adulti) di minori malnutriti.

Indiretti: gli operatori delle strutture del Ministero che si occupano di infanzia, le comunità e i centri dove vivono le famiglie e i minori



COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

Amka e PFDU gestiranno il programma di formazione a Kananga e Lubumbashi con proprio personale. CCWW svolgerà attività di studio dei dati, di monitoraggio, di indirizzo

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

Amka e PFDU hanno gestito il programma di formazione Lubumbashi e a Kananga con proprio personale. CCWW ha svolto attività di studio dei dati, di monitoraggio, di indirizzo

RISULTATO ATTESO 2: E' migliorata l'alimentazione dei minori

(808 minori malnutriti che hanno accesso al programma di lotta alla malnutrizione miglioreranno la propria salute e lo sviluppo; si modificheranno nel medio\lungo periodo i comportamenti alimentari delle famiglie e delle comunità. Il censimento dei bisogni sarà base di conoscenze utili nel medio\lungo periodo, e la valutazione dell'impatto positivo sulla salute effettuata da pediatri specialisti sarà elemento di conoscenza e studio di metodologie di intervento

RISULTATO 2: E' stata migliorata l'alimentazione dei minori: 387 minori malnutriti hanno avuto accesso al programma di lotta alla malnutrizione e hanno migliorato la propria salute e lo sviluppo;

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 2):

ATT. 2.1	Programma di lotta alla malnutrizione: censimento delle famiglie, individuazione dei minori malnutriti. E' censita la popolazione dei minori malnutriti nei territori di riferimento. I volontari dei Relais Communautaires sono profondi conoscitori della realtà sociale e delle famiglie delle zone dove vivono. Dotati di mezzi propri (riceveranno un rimborso forfettario mensile delle spese) concentreranno l'attività di censimento delle famiglie più bisognose in alcuni mesi ma i contatti con le famiglie e con i loro figli saranno continuativi. I criteri di selezione saranno: le condizioni socio-economiche e abitative, il numero dei figli. Le liste delle famiglie censite vengono consegnate agli organi di direzione del progetto, al fine di selezionare quelle che hanno figli in condizioni di malnutrizione lieve o severa, da ammettere al programma di lotta alla malnutrizione. I dati vengono altresì consegnati alle strutture del Ministero della Salute
OUTPUT	E' censita la popolazione dei minori malnutriti nei territori di riferimento. 768 minori in famiglia e 40 nei Centri sono selezionati e ammessi al programma di lotta alla malnutrizione: fornitura di alimenti proteici, monitoraggio sorveglianza medica e dello stadio di sviluppo psico-fisico. I dati rilevati sono messi a disposizione del Ministero e del Progetto per ragioni di studio e proposte. Impatto atteso: il censimento garantirà una base di conoscenze statistiche indispensabili nell'immediato e utili nel medio\lungo periodo.

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 1):

ATT. 2.1	Sono stati stipulati i contratti con gli addetti al censimento delle diverse zone di Kinshasa (dove questa attività è prevista - all ah-al). In gennaio uno degli addetti è stato sostituito (all. m) Già nell'ultima decade di novembre, dopo aver ricevuto dal Direttore del progetto e dai medici ICS, Aurore e Fondation Viviane una formazione iniziale su quali fossero i pre-requisiti per essere candidati a diventare beneficiari, gli addetti al censimento hanno redatto le prime liste di minori da ammettere al programma di lotta alla malnutrizione per i mesi di dicembre 2023\marzo 2024. Le liste sono state poi controllate dai medici e/o nutrizionisti del progetto. Le attività si sono svolte presso i locali dei centri di accoglienza Colk, Afdeco, Aurore e Fondation Viviane e presso il centro medico ICS, che li hanno messi a disposizione. Il giorno 24 novembre, in anticipo seppure per pochi giorni rispetto al cronoprogramma, è iniziata l'attività di visita dei minori censiti nel comune della Nsele. L'attività, con la rilevazione dei dati antropometrici e dello stato di salute, è stata svolta dal medico incaricato presso l'Ambulatorio Aurore, con il supporto della nutrizionista del centro medico ICS e del logista del progetto con funzioni di assistente. La presenza della nutrizionista ICS non era, a rigore, prevista dalla scheda del progetto in quanto ICS deve occuparsi e si occupa delle zone di Mont Ngafula (Mitendi) e Ngaba, ma esigenze di coordinamento e omogeneizzazione delle metodologie hanno suggerito che le prime attività fossero svolte per quanto possibile congiuntamente. Si allegano alcune fotografie (in F4) Anche nelle altre zone di intervento il medico incaricato ha deciso sulla sussistenza dei requisiti di necessità dell'intervento. Le liste definitive dei minori, per il quadrimestre, indicano un numero di 24 minori nel comune della Nsele, quartiere Mpasa II (presso l'ambulatorio del centro Aurore, all. 39), 15 minori a Mont Ngafula, quartiere Mitendi, di cui 5 ospiti dell'Istituto (presso il centro Afdeco, all. 40), 33 minori a Mont Ngafula, quartiere Mitendi (all. 96), 15 minori a Ngaba, di cui 2 ospiti dell'Istituto (presso il centro Colk, all. 42), 27 minori a Mont Ngafula (presso la Fondation Viviane, all. 54). Per un totale di 114 minori. I minori avviati al Centro ICS sono quelli selezionati dalla Zona de Santé tra coloro che si trovano in condizioni più critiche (tanto sanitarie quanto di condizione sociale). Due di loro (Umba La Joye e Mampasi Felly) secondo le informazioni ricevute sono deceduti ancor prima di essere concretamente ammessi al
-----------------	---

programma (uno per disidratazione, uno per anemia), e altri sei sono stati esclusi dal programma per essere partiti, con le loro famiglie, verso altre località. La lista pertanto è stata aggiornata, ammettendo un numero di minori complessivi pari a 24 (all 41). Il numero di minori ammessi al programma, pertanto, **all'inizio del primo quadrimestre è di 105** (+8 a ICS, 2 deceduti e 6 esclusi).

Nel corso della distribuzione dei kit alimentari per il primo gruppo di famiglie si sono aggiunti alcuni casi che richiedevano un intervento immediato (in numero di **13**, di ciò si darà conto nella descrizione dell'attività seguente).

Nel mese di febbraio sono state censite altre **10** famiglie che hanno iniziato a partecipare al programma nello stesso mese.

Nel mese di marzo sono stati individuati i minori ammessi al programma per il secondo quadrimestre, e all'inizio del mese di aprile sono state completate le liste relative. Si tratta di 25 minori che fanno riferimento alla Fondation Viviane, 25 al centro ICS, 25 al centro Afdeco, 21 al centro Colk (oltre 4 minori in quest'ultimo centro che facevano parte del primo gruppo ma la cui evoluzione positiva, dal punto di vista del recupero di uno stato di salute sufficiente, non era ancora adeguata) (all 146 e 147). Infine, al centro Aurore sono stati censiti 33 minori (all.150).

Il numero di minori ammessi al programma (secondo gruppo, terzo per FV) **è di 129**.

Si segnala che in data 8 aprile 2024 si è sviluppato un incendio all'Istituto Colk, che ha distrutto l'intero primo piano di uno edificio (quello dove dormivano gli ospiti maschi più grandicelli). I ragazzi hanno dunque perduto tutto, e sono andate distrutte anche le scorte alimentari, i letti, i materassi e la biancheria. L'Istituto ha garantito ai minori una sistemazione di fortuna. NOVA è immediatamente intervenuta, con fondi propri, per gli acquisti dei beni di prima necessità (soprattutto, alimenti) e si è fatta carico di una raccolta fondi tra i soci, che ha portato a una somma di circa 45.000,00 euro al 30 aprile, sufficiente a finanziare la ristrutturazione dell'edificio, che pertanto è già iniziata. Colk non solo è beneficiario delle attività di formazione, di sorveglianza sanitaria e del sostegno alla scolarizzazione per i suoi ospiti (circa un centinaio) ma è anche un collaboratore affidabilissimo per quanto riguarda il programma di lotta alla malnutrizione (avendo messo a disposizione i locali e il personale per la distribuzione dei kit e i rapporti con le famiglie). L'incendio ha dunque creato difficoltà logistiche, che non hanno comunque impedito la prosecuzione del programma.

Il coordinatore provinciale del progetto di Kananga, insieme al nutrizionista, ha valutato tra la popolazione dei minori che sono a diversi titoli assistiti da PFDU quelli che necessitavano di un intervento immediato, e ha selezionato **40** bambini, di cui 35 affetti da MAM (malnutrition aigue modérée) e due (ma già sono stati cinque in dicembre, cfr attività successiva) da MAS (malnutrition aigue sévère) (all 23 e all 106, rapporto del coordinatore). Il coordinatore provinciale di Kananga da atto dell'inizio dell'attività nel mese di novembre (all 55). Nel mese di marzo sono stati individuati nel quartiere Télécom ulteriori **40** bambini da ammettere al programma di lotta alla malnutrizione. Di questi, 5 in condizioni di MAS (all 116).

Il nutrizionista di Lubumbashi ha svolto il censimento nelle zone di competenza: trattandosi di zona rurale molto estesa, il lavoro è più complesso che a Kinshasa. La direzione del progetto ha ritenuto ragionevole la richiesta di organizzare la distribuzione di kit alimentari e la formazione per gruppi più piccoli, organizzati sulla base dell'appartenenza a un determinato villaggio\zona: come sopra si riferiva, l'area è molto estesa, per cui è concretamente impossibile pretendere che le famiglie con i minori potessero\doressero effettuare lunghi e faticosi spostamenti per essere presenti. Nel primo semestre, sono stati ammessi al programma **53 minori**, distribuiti in gruppi di 13, 18, 14 e 8 (all 89, 139, 162).

I medici convenzionati (Kilimani, ICS, Aurore, Amka) hanno svolto con continuità un'attività di verifica degli aggiornamenti delle liste dei minori ammessi al programma di lotta alla malnutrizione.

Già nei primi giorni di dicembre 2023, pertanto, il progetto è stato in grado di iniziare l'attività di cui al successivo punto 2.2.

OUTPUT

Nei tempi previsti dal cronogramma, è stata censita la popolazione dei minori malnutriti nei territori di riferimento, per il primo e per il secondo quadrimestre, e i minori, nel numero indicato, sono selezionati e ammessi al programma di lotta alla malnutrizione: fornitura di alimenti proteici, monitoraggio sorveglianza medica e dello stadio di sviluppo psico-fisico. I dati rilevati sono stati messi a disposizione del Ministero e del Progetto per ragioni di studio e proposte. Il censimento pertanto garantirà una base di conoscenze statistiche indispensabili nell'immediato e utili nel medio\lungo periodo.



INDICATORI OGGETTIVAMENTE VERIFICABILI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO ATTESO:

IOV

Numero dei minori che partecipano al programma. Il 95% dei minori censiti (808) partecipa al programma di lotta alla malnutrizione.

FONTI DI VERIFICA

Rapporti e relazioni degli addetti al censimento, dei medici, dei nutrizionisti, dei formatori, dei Centri di accoglienza, dei coordinatori provinciali e del direttore di progetto.

INDICATORI RAGGIUNTI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO RAGGIUNTO:

IOV:

Numero 398 minori censiti, 390 ammessi al programma di lotta alla malnutrizione. Di cui: deceduti ancor prima di iniziare il programma: 2, esclusi in fase di censimento: 6, non hanno iniziato il programma: 3, esclusi in corso di programma: 8 (cfr azione successiva). Il 97% dei minori censiti partecipa al programma di lotta alla malnutrizione. Nel numero è compreso quello delle famiglie che hanno spostato la residenza in altri Comuni.

FONTI DI VERIFICA:

Liste dei minori ammessi, sottoscritte dai nutrizionisti e/o medici del programma. Rapporti mensili del direttore e dei coordinatori provinciali.

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI

Diretti: 808 minori (768 in famiglia e 40 nei centri) e 768 famiglie (1536 adulti) di minori. Indiretti: le comunità (territori e centri di accoglienza) dove vivono le famiglie e i minori

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI RAGGIUNTI:

Nel periodo interessato alla presente relazione, si tratta di 398 minori. Indiretti: le comunità (territori e centri di accoglienza) dove vivono le famiglie e i minori

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

Le Zones de Santé, i Relais e i Centri garantiranno la possibilità di realizzare un censimento efficace dei minori malnutriti dei territori di riferimento. Amka e PFDU si occuperanno delle attività del programma nelle aree Lubumbashi e Kananga.

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

Le Zones de Santé, i Relais e i Centri hanno garantito la possibilità di realizzare un censimento efficace dei minori malnutriti dei territori di riferimento. I centri di accoglienza e il centro medico ICS hanno messo a disposizione i propri locali. Amka e PFDU si sono occupati delle attività del programma (quanto all'azione 2.1, del censimento) nelle aree Lubumbashi e Kananga.

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 2):

ATT. 2.2	Programma di lotta alla malnutrizione: fornitura di alimenti proteici, valutazione medica del processo di recupero. <i>I minori che presentano i sintomi meno gravi saranno assistiti dalle proprie famiglie o dai Centri, e riceveranno periodicamente un kit alimentare costituito da: olio, farine di soia o di arachidi, zucchero, legumi o alimenti equivalenti. Il formatore e il nutrizionista provvederanno alla distribuzione dei kit alle famiglie o ai responsabili dei Centri con cadenza minima mensile. Nel corso della distribuzione effettueranno un controllo delle misure antropometriche e un aggiornamento di una scheda sanitaria. I minori che presentano i sintomi più gravi saranno ricoverati presso il Centro Medico convenzionato, e il progetto provvederà al rimborso dei costi del loro ricovero e della fornitura di alimenti iperproteici: oltre a olio, farine di soia o di arachidi, zucchero, legumi o alimenti equivalenti, anche latte (in polvere). Le modalità potranno essere diverse, in ragione delle scelte terapeutiche degli Ospedali delle tre città dove si svolgerà il progetto: ospedalizzazioni più o meno lunghe, fornitura degli alimenti da parte del progetto o degli ospedali, verifiche a domicilio o nella struttura, eccetera. Il costo medio per ogni minore sarà di circa 160 dollari. Tali dati saranno consegnati alle Zones de Santé e trasmessi in Italia a CCW/W, affinché possano essere studiati ed elaborati, e sulla loro base si possa provvedere alla redazione di uno studio scientifico, auspicabilmente da pubblicare.</i> <i>Nel corso della misurazione e della distribuzione dei kit, il formatore avrà un colloquio con le famiglie o con gli operatori del Centro per verificare il livello di approfondimento delle conoscenze e dunque l'efficacia della partecipazione al programma di formazione</i>
OUTPUT	<i>768 minori in famiglia e 40 nei Centri sono selezionati e ammessi al programma di lotta alla malnutrizione: fornitura di alimenti proteici, monitoraggio, sorveglianza medica e dello stadio di sviluppo psico-fisico. I dati rilevati sono messi a disposizione del Ministero e del Progetto per ragioni di studio e proposte.</i> <i>Impatto atteso: il censimento garantirà una base di conoscenze statistiche indispensabili nell'immediato e utili nel medio/lungo periodo.</i>

L'accesso ad alimenti proteici e la formazione modificheranno nel medio/lungo periodo i comportamenti alimentari delle famiglie e quelli delle comunità in cui sono inserite.

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 1):

ATT. 2.2

Nei mesi di novembre\dicembre è stata completato l'acquisto dei generi alimentari necessari alla predisposizione dei kit da distribuire ai primi gruppi di famiglie dei minori ammessi al programma di lotta alla malnutrizione a Kinshasa (all 53, rapporto del direttore). L'acquisto è tale da garantire, ogni volta, una scorta per circa 3\4 mesi.

Al fine di offrire una migliore condizione di conservazione, è stato acquistato un condizionatore, installato nella sede e in particolare nel locale destinato a magazzino.

Come a ciò espressamente autorizzato dal RUP con comunicazione del 9.11.2023, il progetto acquista gli alimenti dal Magasin Viviane, negozio (*rectius*, spaccio) gestito dalla Fondation Viviane, che si occupa dell'acquisto, della lavorazione e del confezionamento in sacchi. In particolare, l'acquisto di mais e soia avviene in grani, che vengono poi tostati e macinati direttamente dal Magasin Viviane. In questo modo, eliminandosi le impurità, si ha la garanzia di una maggiore qualità dell'alimento.

Per evitare un uso improprio degli alimenti da distribuire, è stata confezionata direttamente la miscela di mais, soia e zucchero, da utilizzare in forma di farinata (o bouillie o porridge). L'olio è stato distribuito separatamente in bottiglie.

Anche a Kananga e Lubumbashi è iniziata la dotazione di alimenti proteici, ma con diverse modalità e cadenze. A Kananga è il partner PFDU a provvedere all'acquisto (cfr. la citata comunicazione RUP del 9.11.23), mentre a Lubumbashi è il progetto a provvedere direttamente.

I kit, confezionati in razioni quindicinali, all'inizio del progetto erano costituiti da una dose giornaliera di: 300 grammi di farina di mais, 100 grammi di farina di soia, 25 centilitri di olio, 30 grammi di zucchero. La dotazione è stata decisa sulla base delle indicazioni del partner CCWW, che a sua volta ha preso in considerazione le linee guida del Ministero della salute congolese raccolte nel documento allegato alla domanda di finanziamento, PCIMA 2016 (pagine 41 e seguenti). In realtà è risultato che il calcolo calorico era piuttosto generoso, considerando che nel minimo il Ministero raccomanda, per il trattamento nutrizionale della malnutrizione acuta moderata gestita a livello territoriale dalle c.d. UNS (strutture sanitarie di base) dosi giornaliere di 200 grammi di cereali, 20 centilitri di olio e 20 grammi di zucchero, per un totale di 240 grammi e 1057 calorie. Nel corso del progetto, la dotazione di farina di mais e di soia è stata pertanto ridotta (rispettivamente a 270 e 90 gr.)

Si sono rilevate differenze di costi tra le diverse località. La circostanza era prevista, tanto che nel budget il costo per ogni minore era diversamente indicato in 30 dollari al mese a Kinshasa e 25 a Kananga e Lubumbashi. Il maggiore costo di mais e soia dipende peraltro non solo dai diversi mercati, ma anche dalla maggiore selezione e di conseguenza qualità che derivano dalla tostatura e macinatura diretta da parte del Magasin Viviane.

Quanto alla distribuzione degli alimenti, si segnala che in particolare durante il periodo delle piogge alcune strade sono concretamente impraticabili, anche a piedi e soprattutto con un minore in condizioni di vulnerabilità. Può accadere dunque che in alcune occasioni si siano registrate assenze. Le famiglie assenti per tali ragioni hanno ricevuto il kit individualmente, nel primo giorno utile dopo la distribuzione collettiva. Addetto alla distribuzione dei kit a domicilio è l'incaricato dei Relais Communautaires. Analogamente, l'addetto dei Relais distribuisce i kit a domicilio per quelle famiglie che hanno una diversa giustificazione effettiva per l'assenza (ad es. malattia, difficoltà di deambulazione).

Solo quando l'assenza è ricorrente e ingiustificata, il minore è escluso da programma e della circostanza danno atto il direttore, i medici o il nutrizionista.

Sono state predisposte due fiches: la prima sintetizza, per ogni minore del gruppo, i dati anagrafici e quelli antropometrici, raccolti in ogni occasione di distribuzione degli alimenti. Inoltre, la presenza eventuale di edema e una sintesi sulle condizioni di salute. Infine, l'avvenuta distribuzione di albendazolo o vitamina A. La seconda, i dati rilevanti iniziali e quelli finali, all'atto della dimissione dal programma di ogni minore.

Nei giorni 11 dicembre (Aurore), 12 dicembre (Colk) 13 dicembre (Afdeco e ICS) e 14 dicembre (Fondation Viviane) è iniziata la distribuzione dei kit alimentari, che ha riguardato tutti i minori iscritti alle liste. I parenti hanno sottoscritto la ricevuta degli alimenti (nel caso in cui non sapessero firmare ha sottoscritto per loro conto la nutrizionista o il medico incaricato, e di questa circostanza il direttore e i coordinatori provinciali danno atto nelle loro dichiarazioni in all 88 e 89). Per quanto riguarda i minori ricoverati nei centri di accoglienza, ha sottoscritto il rappresentante del Centro.



La seconda distribuzione è avvenuta nei giorni 24-28 dicembre (all 97). La terza nelle date 9-11 gennaio, la quarta nelle date del 22-25 gennaio (all 104, 105), la quinta e la sesta nelle date 5-22 febbraio (all 128-132), la settima e l'ottava nelle date del 4-7 marzo e 18-21 marzo (all 170-171).

Durante la seconda distribuzione e le successive, alle liste iniziali dei minori ammessi si sono aggiunti, perché il loro stato di salute necessitava di un intervento urgente, altri beneficiari: nel mese di dicembre 1 minore a Mont Ngafula (ICS), 2 minori a Mont Ngafula (Mitendi, c/o il centro Afdeco), 2 a Ngaba (Colk) 7 a Mont Ngafula (Fondation Viviane). **Per un totale di 12 minori.**

Nel mese di gennaio, 1 minore a Nsele (Aurore). **Per un totale di 1 minore.**

Nel mese di febbraio, 10 minori sono andati a costituire un secondo gruppo a Mont Ngafula (Fondation Viviane). **Per un totale di 10 minori.** Alla fine del mese di gennaio, infatti, il medico dell'Ospedale Kilimani ha giudicato che 9 minori che avevano regolarmente partecipato al programma potessero essere dimessi in anticipo rispetto al termine del quadrimestre. Ha pertanto redatto una nuova lista (all 133) che comprende i 16 minori della lista iniziale che avrebbero proseguito nel trattamento, e include altri 10 minori in condizioni di maggiori necessità e urgenza. Per questo secondo gruppo di minori vengono redatte specifiche ricevute e liste di partecipazione alla formazione (all 132)

Nel mese di marzo, nessun minore.

Anche nel gruppo di ICS sono stati rilevati casi di anticipata riconquista di una condizione di buona salute, ma il nutrizionista ha ritenuto di continuare nel trattamento per un mese ulteriore, al fine di consolidare i risultati raggiunti (all 131)

Questa è la sintesi dei numeri: 3 minori non hanno usufruito di alcuna distribuzione di kit alimentari ((in quanto trasferiti nel mese di dicembre, ancor prima dell'inizio del programma). I minori che sono stati dimessi prima della fine del quadrimestre, in quanto hanno raggiunto una buona condizione di salute, sono stati: 9 in febbraio. I minori che sono stati esclusi, per inadempienza o irreperibilità delle famiglie, sono stati: 3 in gennaio, 2 in febbraio, 3 in marzo. Le famiglie che hanno usufruito di un accesso parziale, in quanto trasferitesi nel corso del programma, sono state: 5 in gennaio (3 alla Fondation e 2 ad Aurore - inizialmente tre, ma una bambina è ritornata).

I medici e i nutrizionisti dei centri hanno raccolti i dati delle misure antropometriche - e della loro evoluzione - dei minori che hanno partecipato con adeguata continuità al progetto, sulla base delle quali sono state elaborate delle fiches (all. 155 - 159) che potessero consentire ai medici CCWW una valutazione dell'efficacia del programma.

L'analisi di queste fiches, relative al primo gruppo di 124 minori i cui dati erano disponibili al 7 maggio 2024 (cfr all. 172, documento di valutazione a firma del dottor Franco Foschi, pediatra, e schede in all 173-178), **consente in genere di affermare che: a) il 99,2% dei minori (123 su 124), una volta dimessi dal programma, hanno fatto registrare un miglioramento sensibile di almeno due parametri su tre (MUAC, peso e altezza), b) che solo 6 minori su 124 al termine dei quattro mesi di somministrazione si trovavano ancora in una condizione relativamente critica (intendendosi per critica quella evidenziata da un MUAC ai limiti della condizione di malnutrizione severa), c) che i risultati sono ottimi e la valutazione complessiva è di indiscutibile efficacia dell'intervento come programmato e svolto, e dell'efficacia delle azioni (all.172).**

Si propone una scheda relativa al numero dei beneficiari, precisandosi che sono inclusi anche quei minori di famiglie che hanno partecipato solo parzialmente alla distribuzione dei kit e alla formazione, ma che avevano una ragione giustificativa adeguata (trasferimento in altro comune o provincia). Del che si dà atto. Sono state escluse dal programma 7 famiglie del gruppo della Fondation Viviane, 2 del gruppo ICS e 2 del gruppo Colk.

Gruppo 1 Kinshasa

		Aurore	Colk	Afdeco	ICS	Fond.	totale
Dic. 2023	Beneficiari iniziali	24	15	15	24	27	105
	Esclusi						
	Trasferiti		1	2			3
	Nuovi arrivati		2	2	1	7	12

	Beneficiari\mese	24	16	15	25	34	114
Gen. 2024	Beneficiari iniziali	24	16	15	25	34	114
	Esclusi					3	3
	Trasferiti	3 (2)				3	6 (5)
	Nuovi arrivati	1					1
	Beneficiari\mese	22	16	15	25	28	106
Feb. 2024	Beneficiari iniziali	23	16	15	25	28	107
	Dimessi					9	9
	Esclusi				2	3	5
	Trasferiti						
	Nuovi arrivati						
	Beneficiari\mese	23	16	15	23	16	91
Marzo 2024	Beneficiari iniziali	23	16	15	23	16	91
	Dimessi						
	Esclusi		2			1	3
	Trasferiti						
	Nuovi arrivati						
	Beneficiari\mese	23	14	15	23	15	88
TOTALE BENEFICIARI GRUPPO 1	Lista iniziale gennaio + nuovi arrivi	25	16	15	25	34	115
Totale dimessi						9	9
Trasferiti dicembre (non ammessi)			1	2			
Totale trasferiti		2				3	5
Totale esclusi					2	6	8
Totale minori che proseguono nel programma			4				

Di tutti i minori accuditi, alcuni (4 del "gruppo" di Colk, alla 147) non avevano recuperato una sufficiente condizione di salute, per cui per loro è proseguita la fornitura di kit alimentari.

Gruppo 2 febbraio Kinshasa (Fondation Viviane)

Feb. 2024	Beneficiari iniziali	10
	Dimessi	
	Esclusi	
	Trasferiti	
	Nuovi arrivati	
	Beneficiari\mese	10

Marzo 2024	Beneficiari iniziali	10
	Dimessi	
	Esclusi	
	Trasferiti	
	Nuovi arrivati	
	Beneficiari\mese	10
Aprile 2024	Beneficiari iniziali	10
	Esclusi	
	Trasferiti	
	Nuovi arrivati	
	Beneficiari\mese	*10
TOTALE BENEFICIARI GRUPPO 1	Lista iniziale gennaio + nuovi arrivi	10
Totale dimessi		
Trasferiti dicembre (non ammessi)		
Totale trasferiti		
Totale esclusi		
Totale minori che proseguono nel programma		



*Il dato esatto non è ancora confermato dalle ricevute dei kit alimentari, e corrisponde al numero dei minori ammessi al programma

Nel mese di aprile è iniziata la distribuzione dei kit al secondo gruppo di minori.

Gruppo 2 Kinshasa

		Aurore	Colk	Afdeco	ICS	Fond.	totale
Aprile 24	Beneficiari iniziali	33	21	25	25	25	129
	Esclusi						
	Trasferiti						
	Nuovi arrivati						
	Beneficiari\mese	33	21	25	25	25	*129
TOTALE BENEFICIARI GRUPPO 1	Lista iniziale gennaio + nuovi arrivi						

*Il dato esatto non è ancora confermato dalle ricevute dei kit alimentari, e corrisponde al numero dei minori ammessi al programma



Il numero di minori e delle famiglie che hanno usufruito del programma nel semestre è stato di 254 (125 + 129, oltre 11 minori e famiglie che non hanno partecipato sin dall'inizio o sono state escluse per ricorrenti assenze durante la formazione e la distribuzione dei kit)

Per quanto riguarda Lubumbashi, un programma di sostegno alimentare era già in essere per un (piccolo) numero di minori, con oneri a carico dei partner del progetto. Nel mese di novembre è continuata la distribuzione di alimenti e la sorveglianza sanitaria per 13 minori, che sono stati dimessi dal programma in data 30.12.2023. Tutti questi minori, come risulta dalle fiches di rilevazione dati, hanno migliorato la propria condizione, e 11 di loro addirittura non hanno beneficiato dell'ultima distribuzione di kit alimentari, in quanto i parametri erano tornati nella norma ancor prima del previsto. Si allegano i registri/ricevuta degli alimenti (all 82-84) le fiches con i dati individuali (all 76) e quella che li ricapitola per l'intero gruppo (all 77), che devono essere lette con l'avvertenza per cui i dati riferiti alla data del 16 novembre sono in realtà quelli dell'inizio della rilevazione. Il direttore certifica che è stato dato incarico ai Relais dei villaggi d'origine dei minori di sorvegliare lo stato di salute dei minori e di comunicare tempestivamente eventuali problemi (all 111). La sottoscrizione è avvenuta a cura del coordinatore nel caso in cui i beneficiari non sappiano a scrivere.

La distribuzione della popolazione in villaggi sparsi su un territorio molto vasto fa sì che debbano essere concentrate le distribuzioni degli alimenti e la sorveglianza con cadenza mensile, e che contemporaneamente si predispongano gruppi poco numerosi, relativi a villaggi tra loro vicini.

In data 17 novembre è iniziato il programma per altri 18 minori. Si allega la lista di presa in carico (all. 110). Per questo gruppo la distribuzione dei kit alimentari è terminata nel mese di febbraio (all 141, ricevute). Tuttavia, di questo secondo gruppo sette minori (all 139, 142, 192, fiches di rilevazione dei dati) presentavano a quella data dei parametri antropometrici insufficienti, per cui il medico e la nutrizionista hanno deciso di continuare con la sorveglianza e la distribuzione dei kit ancora per un mese (la distribuzione è avvenuta il 16 marzo e il 5 aprile, all 162 e 192). Due di loro sono stati ospedalizzati e uno ha continuato il programma anche in maggio.

In data 16 gennaio un terzo gruppo di 14 minori ha iniziato il programma, e lo ha proseguito in febbraio, marzo e aprile (all 111, 162, 193). Di questi, 9 sono stati dimessi e 5 proseguono nel programma anche nel mese di maggio (all 193).

L'ultimo gruppo nel semestre, di otto minori, ha iniziato a ricevere i kit nutrizionali in data 22 febbraio (all 139) e ha proseguito in marzo e aprile (all 111, 162, 194).

Per quanto riguarda la valutazione dell'efficacia dell'intervento, si segnala che il direttore ha sviluppato alcuni grafici in formato *power point* sui primi dati completi disponibili (relativi ai gruppi Afdeco, Amka, ICS, Colk) per poterli utilizzare nell'ambito di iniziative di presentazione dei risultati del progetto, previste per il mese di aprile in Italia. Se ne allega una versione di formato PDF, al solo fine di evidenziare anche visivamente il livello di miglioramento dei dati antropometrici dei dati dei minori (all 161). I dati completi e significativi dal punto di vista nutrizionale, al contrario, sono contenuti nelle fiches allegate, che confermano che **TUTTI i minori hanno migliorato i parametri antropometrici**, sino a raggiungere, una volta dimessi dal programma, un livello adeguato.

A Kananga la distribuzione di kit alimentari (all 106) ha riguardato inizialmente 40 minori: di questi, 35 affetti da MAM e cinque da MAS. Questi ultimi, pertanto, hanno beneficiato della distribuzione dopo il loro ricovero (cfr infra). Le distribuzioni dei kit, come a Lubumbashi, a partire dal gennaio 2024 avviene a cadenza mensile, in ragione della distribuzione logistica: le famiglie risiedono in quartieri diversi della città, spesso periferici, o in villaggi della zona, e a volte è indispensabile accorparne un certo numero per poter garantire loro spostamenti agevoli e non troppo frequenti (ad esempio il primo gruppo raduna famiglie dei quartieri di Kananga, di Kamakula, di Télécom, di Muimba Nsele, di Kalemba, all 110). Pertanto, è avvenuta il 23 dicembre, il 6 gennaio, il 3 febbraio, il 20 e 23 aprile 2024 (all. 117, 118, 119, 180).

Anche il secondo gruppo di 40 famiglie censite nel mese di marzo (all 116) in aprile ha iniziato a beneficiare del programma con la prima distribuzione di kit alimentari (all 181).

Già nei primi giorni di attività del progetto, ancor prima che il suo inizio potesse concretamente essere divulgato, è stato segnalato il caso di un bambino di 13 mesi che necessitava di cure intensive, ricovero ospedaliero, farmaci e diete altamente proteiche. Si allegano le foto del bambino, scattate il giorno del ricovero il 5.11.2023 e dopo solo dopo 5 giorni, che ne evidenziano il notevole miglioramento (F1). Il medico responsabile del Centro ICS ha redatto un rapporto di avvenuto ricovero (all. 29) con il quale descrive la diagnosi (MAS, malnutrition aigue sévère), il trattamento nutrizionale (latte in polvere) quello medico (trasfusione, antimalarica, antibioticotterapia, antiparassitari, vitamina A) e infine il tangibile



miglioramento dei dati antropometrici (+50% del peso iniziale dopo otto giorni). Dopo 15 giorni il minore è stato dimesso, in condizioni che necessitano di sorveglianza ma non più critiche. Si allega il rapporto di ricovero del centro medico (all. 61)

Analogo rapporto, con gli stessi dati, viene predisposto per ogni minore affetto da MAS e ammesso a cure ospedaliere (per un totale di 20 al 30.4.2024)

Nel gennaio, 5 minori sono stati ospedalizzati presso Kilimani Hope Center e sottoposti a trattamenti specifici (reidratazione, integrazione alimentare, latte artificiale, vitamine, antiemetici, antimalarici...) e sono stati seguiti a domicilio dopo la dimissione (all. 113). Nel marzo, uno (all. 160)

Per quanto riguarda l'Ospedale di Kananga, sono allegate le schede di ricovero (nel periodo dicembre/aprile si tratta di 8 minori, ciascuno per oltre 20 giorni, n. 69 e n. 184-186) che riportano i dati del perimetro brachiale, del peso e dell'altezza, nonché l'eventuale scomparsa dell'edema (sintomo ricorrente di malnutrizione), il trattamento farmacologico e alimentare e l'eventuale co-presenza di patologie dipendenti. Per tutti i minori i parametri, al termine del ricovero, risultano in netto miglioramento (all. 106, rapporto del direttore).

Anche per quanto riguarda l'Ospedale di Kayaka e Mose vengono allegate le schede di ricovero (si tratta di 8 minori) che riportano l'evoluzione dei dati antropometrici, il trattamento farmacologico e alimentare e l'eventuale co-presenza di patologie dipendenti. (all. 69, 184, 185, 186)

Il numero complessivo dei minori curati dal Centro ISC è il seguente:

11\23 all 29 187 e 61	1
12\23 all 29 187 e 61	1
12\23 all 29 187 e 61	1
12\23 all 29 187 e 61	1
1\24 all 187	1
2\24 all 188	5
3\24 all 189	5
4\24 all 190	5
totale	20

Il numero complessivo dei minori curati dall'Ambulatorio di Leda presso l'associazione Aurore è il seguente:

1\4\2024	5
----------	---

**in attesa del rapporto, che sarà allegato con il prossimo report*

Il numero complessivo dei minori curati dal Centro ospedaliero Kilimani è il seguente:

01\24 all 113	5
03\24 all 160	1

Il numero complessivo dei minori curati dal Centro ospedaliero Kalembe Mulumba (Kananga) è il seguente:

12\23 all 69	5
4\24 all 184-186	3
totale	8

Il numero complessivo dei minori curati dal Centro di salute di Kanyaka e Mose (Lubumbashi) è il seguente:

4\24 *	5
--------	---

**in attesa del rapporto, che sarà allegato con il prossimo report*

Di questi 44 minori ricoverati, 20 sono ulteriori rispetto all'elenco di quelli inseriti nel programma di distribuzione di kit alimentari

OUTPUT

L'accesso ad alimenti proteici e la formazione hanno dato la possibilità di modificare nel medio\lungo periodo i comportamenti alimentari delle famiglie e quelli delle comunità in cui sono inserite.



INDICATORI OGGETTIVAMENTE VERIFICABILI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO ATTESO:

IOV

Il 95% dei minori beneficiari migliora l'alimentazione, lo stato nutrizionale e le condizioni di sviluppo psico-fisico

FONTI DI VERIFICA

Rapporti e relazioni dei medici, dei nutrizionisti, dei formatori, dei Centri di accoglienza, dei coordinatori provinciali e del direttore di progetto.

INDICATORI RAGGIUNTI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO RAGGIUNTO:

IOV:

La quasi totalità dei minori beneficiari (99,2%) che hanno partecipato al programma, in misura superiore alla percentuale prevista del 95%, ha migliorato l'alimentazione, lo stato nutrizionale e le condizioni di sviluppo psico-fisico.

FONTI DI VERIFICA:

Rapporti mensili dei coordinatori provinciali e del direttore di progetto. Fiches di rilevazione dei dati antropometrici di ogni minore, dalle quali si rileva, per ogni singolo beneficiario, il miglioramento dello stato di salute. Rapporti e schede di ricovero dei minori affetti da MAS.

Valutazione del medico CCWW dei dati che emergono dalle fiches. Fotografie

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI

Diretti: 808 minori (768 in famiglia e 40 nei centri) e 768 famiglie (1536 adulti) di minori. Indiretti: le comunità (territori e centri di accoglienza) dove vivono le famiglie e i minori,

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI RAGGIUNTI:

Si tratta, nel periodo, di 387 minori. Di questi, 44 sono stati curati e ospedalizzati per MAS.

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

Amka e PFDU si occuperanno delle attività del programma nelle aree Lubumbashi e Kananga. Le attività saranno seguite e monitorate (anche con viaggi in loco) dagli specialisti di CCWW Italia, che si impegna altresì allo studio e all'elaborazione scientifica dei dati che verranno raccolti CCWW svolgerà attività di monitoraggio e indirizzamento

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

Amka e PFDU si sono occupati delle attività del programma nelle aree Lubumbashi e Kananga. Le attività sono state seguite e monitorate (anche con viaggi in loco, a Kinshasa) dagli specialisti di CCWW Italia

RISULTATO ATTESO 3: E' migliorata l'alimentazione dei minori e aumentato l'accesso a cibi nutrienti da parte delle famiglie e delle comunità *(sono avviate attività agropastorali per 200 famiglie o minori beneficiari del programma di lotta alla malnutrizione; l'accesso ad alimenti proteici modificherà nel medio/lungo periodo i comportamenti alimentari delle famiglie e quelli delle comunità in cui sono inserite)*

RISULTATO 3: E' migliorata l'alimentazione dei minori e sarà aumentato – nel momento del raccolto – l'accesso a cibi nutrienti da parte delle famiglie e delle comunità

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 3):

ATT. 3.1

Programma di lotta alla malnutrizione: allestimento di orti e coltivazioni comunitarie di alimenti altamente proteici. L'approccio al tema della malnutrizione è inclusivo, partecipativo e multidisciplinare, abbinando la formazione delle famiglie (attività 1.3) e degli operatori (attività 1.2) a un programma di censimento e fornitura di alimenti proteici, con conseguente sorveglianza medica, all'allestimento di orti e coltivazioni comunitarie (attività 3.1)

L'attività recepisce le indicazioni del citato rapporto UNICEF 2021 *Fed to Fail?*, che indica come prioritario per combattere efficacemente la malnutrizione non solo aumentare la propensione verso cibi nutrienti ma anche garantire aumentare l'accesso a cibi nutrienti. Al fine, pertanto, di rendere accessibile alle famiglie dei minori malnutriti e dei Centri di accoglienza il cibo ad alto contenuto proteico, saranno allestiti orti e coltivazioni comunitarie. Un agronomo sarà chiamato a effettuare una valutazione delle qualità e potenzialità dei terreni disponibili, a formare le famiglie e gli operatori dei Centri determinando la scelta delle colture e a seguire la preparazione del terreno, la semina, la coltivazione e il raccolto. Un apposito fondo consentirà l'acquisto di sementi, attrezzature e macchinari per l'agricoltura.



OUTPUT Sono allestite nel minimo 4 coltivazioni destinate alle comunità (centri di accoglienza o gruppi di famiglie) per 200 minori complessivamente.
Impatto atteso: l'accesso ad alimenti proteici, unitamente alla formazione sul loro impiego, modificheranno nel medio lungo periodo i comportamenti alimentari delle famiglie e quelli delle comunità in cui sono inserite

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 3):

ATT. 3.1 Nel mese di novembre sono iniziate le attività dell'agronomo di Lubumbashi per l'individuazione dei terreni disponibili, l'analisi delle loro caratteristiche e la programmazione delle coltivazioni. Contemporaneamente, sono state effettuate riunioni con i Relais Communautaires per programmare l'attività e la collaborazione (cfr. rapporti del coordinatore provinciale in all 55 e dell'agronomo in doc 87) e del direttore (all 53). Successivamente, è stato elaborato un programma di formazione agricola delle madri che beneficeranno dell'aiuto nello sviluppo delle coltivazioni, e l'agronomo le ha incontrato singolarmente per analizzare le loro competenze, la composizione del nucleo familiare e le sue caratteristiche (all 143). Nel mese di aprile è stato elaborato un questionario per la selezione delle famiglie, al fine di individuare: a) il livello di vulnerabilità, le condizioni strutturali per la realizzazione di attività agricole, c) la motivazione (all 196 e 197). L'agronomo propone una diversificazione delle colture: da cereali e leguminose a legumi. Ciò in considerazione da un lato dell'urgenza di non attendere la stagione delle piogge e dall'altro dal fatto che anche nella regione si è registrato un cambiamento climatico evidente, che ha provocato un'irrigazione naturale insufficiente e un cattivo raccolto (all 196).

A Kananga sono stati individuati, nel dicembre, due terreni a Bena Mande e Kalembe Mulumba, di circa un ettaro, che sono stati lavorati (areazione del terreno) e fertilizzati. Inoltre (all 106) sono stati individuati due orti dove è immediatamente iniziata la coltivazione delle piantine di palma e di quelle di amarantes – legumi ricchi di proteine che offrono le foglie e i semi come commestibili. Nel mese di gennaio, nei campi è iniziata la semina di soia, fagioli, pomodori (all 86 e all 106). Il coordinatore provinciale segnala che già nel mese di gennaio è stato possibile procedere al primo raccolto di amarantes, del quale hanno beneficiato le famiglie dei 40 minori censiti per il programma di lotta alla malnutrizione (all 106 e foto ivi contenute).

Per quanto riguarda la zona di Kinshasa, è venuta meno la possibilità di utilizzare i terreni (molto grandi, e fertili) che erano stati messi a disposizione nella zona a est della città, oltre l'aeroporto, conosciuta come Plateau Bateke, a causa del divieto di accedervi per i conflitti armati che si registrano tra bande ribelli e l'esercito governativo. Pertanto, il direttore ha dovuto cercare e trovare un'altra possibilità, avvalendosi della collaborazione dei partner locali, e in particolare della Fondation Viviane. Esclusa la possibilità di trovare terreni in città (Kinshasa è fortemente urbanizzata, oltre che enormemente inquinata e carente di acqua utilizzabile), sono stati reperiti terreni nella zona di Shela. E' stato raggiunto un accordo con la Fondation, che ha l'uso di un terreno molto vasto (circa 20 ettari), perché affidi a un gruppo di agricoltori locali la coltivazione di mais, soia, arachidi, manioca e banane. Le tipologie sono state individuate sulla base delle indicazioni dei nutrizionisti del progetto e sulla base dell'esperienza della Fondation Viviane e degli agricoltori locali. I terreni sono molto fertili, vi è abbondante acqua, non sono mai stati sfruttati intensamente. Di conseguenza, nel mese di gennaio sono state acquistate le sementi, nonché le piante di banano e di manioca. La gestione del programma, una volta terminate le azioni del progetto, resterà in capo alla Fondation Viviane, che si occuperà da subito anche dei trasporti e del coordinamento (all 74 e all 81), e che si è impegnata a garantire la destinazione dei prodotti ai beneficiari del progetto: gli istituti di accoglienza e le famiglie dei minori che hanno accesso al programma di lotta alla malnutrizione, le famiglie dei minori che presenteranno una necessità importante e che si rivolgeranno al servizio di cura della Fondation. L'accordo in questo senso (all 81) è stato sottoscritto anche dal rappresentante RECO, al fine di offrire una maggiore garanzia della sua corretta esecuzione anche una volta esaurite le azioni del progetto.

Nel mese di febbraio (cfr rapporto del direttore del mese all 136) è stata ultimata la lavorazione del terreno, per poter consentire la semina in tempi compatibili con la stagione umida.

AFDECO ha proposto un progetto di coltivazioni da sviluppare nel quartiere Kimwenza Takikala, nei dintorni dell'orfanotrofio (che si trova in una zona semi-rurale). L'obiettivo del progetto è quello di destinare i prodotti alimentari alle famiglie che partecipano al programma di lotta alla malnutrizione, al fine di "evitare le ricadute" e dare continuità al mantenimento dello stato di salute acquisito a seguito dell'intervento del programma (165), con gli obiettivi specifici di "portare i genitori dei minori vulnerabili a prenderli in carico alla dimissione dal programma sulla malnutrizione per la loro autonomia", di "inquadrare i genitori dei minori del programma nell'agricoltura" e di "restituire le sementi ai genitori dei minori del programma". Ulteriore scopo è quello di garantire alimenti adeguati anche i minori dell'orfanotrofio (si ricorda che 5 di essi sono stati beneficiari del programma di lotta alla malnutrizione in quanto presentavano sintomi di MAM). Il progetto



è stato approvato, e dunque sarà avviato (alcune spese, tuttavia, ad esempio il rimborso delle spese di trasporto, non potranno essere rimborsate dal progetto CAI in quanto estranee alle linee di budget, e pertanto resteranno a carico di NOVA)

A Lubumbashi il mese di gennaio è stato dedicato da parte dell'agronomo al censimento, nei villaggi d'origine dei minori ammessi al programma di lotta alla malnutrizione, di terreni comunitari, all'esame dei titoli di proprietà, alla presenza di spazi coltivabili intorno alle abitazioni delle famiglie beneficiarie. Contemporaneamente, ha presenziato alla formazione delle famiglie, per conoscere i membri delle famiglie, comprendere le caratteristiche socio-economiche e le loro competenze. Infatti, la parcellizzazione della proprietà del terreno che contraddistingue la zona indirizza sempre più l'azione verso un sostegno alle attività agricole delle singole famiglie beneficiarie, coordinate da una regia comune e da competenze centralizzate (all 109). Per questa ragione ha dedicato un tempo adeguato alla preliminare formazione delle famiglie in materia agricola, al fine di giungere alla lavorazione dei terreni e alla semina prima del mese di luglio, inizio della stagione delle piogge (all 164)

OUTPUT

Sono state allestite 5 coltivazioni destinate alle comunità (centri di accoglienza o gruppi di famiglie)

INDICATORI OGGETTIVAMENTE VERIFICABILI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO ATTESO:

IOV

200 minori migliorano la propria alimentazione.

25% delle famiglie ammesse al programma di lotta alla malnutrizione (il 95% di quelle che accedono agli orti e coltivazioni) migliorano l'alimentazione dei figli con l'allestimento di coltivazioni di alimenti proteici

80% dei minori ospiti di quattro Centri migliorano l'alimentazione

FONTI DI VERIFICA

Rapporti e relazioni degli agronomi, dei Centri di accoglienza, dei coordinatori provinciali e del direttore di progetto.

INDICATORI RAGGIUNTI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO RAGGIUNTO:

IOV:

Il numero effettivo dei minori e delle famiglie beneficiari potrà essere valutato solo dopo il raccolto e la distribuzione

FONTI DI VERIFICA:

rapporti e relazioni dei coordinatori e del direttore del progetto, accordo per la realizzazione di coltivazioni comunitarie a Kinshasa

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI

Diretti: 200 minori. Indiretti: le comunità dove vivono i minori

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI RAGGIUNTI:

Indiretti: le comunità dove vivono i minori

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

I Centri di accoglienza collaboreranno nell'individuare terreni coltivabili per sé e per la comunità delle famiglie del territorio di riferimento. Amka e PFDU si occuperanno dell'allestimento delle coltivazioni nei territori di Mabaya (Lubumbashi) e Kananga

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

I Centri di accoglienza hanno collaborato nell'individuare terreni coltivabili per sé e per la comunità delle famiglie del territorio di riferimento. Amka e PFDU si sono occupati dell'allestimento delle coltivazioni nei territori di Mabaya (Lubumbashi) e Kananga

RISULTATO ATTESO 4: E' migliorato lo stato di salute dei minori

(710 minori che ricevono assistenza sanitaria, ricoveri e cure miglioreranno il loro stato di salute; si modificheranno nel medio\lungo periodo l'attenzione alla prevenzione e alla cura, e di conseguenza i comportamenti, delle famiglie e delle comunità

RISULTATO 4: E' stato migliorato lo stato di salute dei minori: 645 minori hanno ricevuto ricevono assistenza sanitaria. Di questi 314 hanno ricevuto cure generiche, che hanno migliorato il loro stato di salute, e 27 cure specialistiche o interventi chirurgici.

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 3):

ATT. 4.1	Sorveglianza sanitaria: cure mediche, ricoveri e interventi chirurgici routinari, esami vaccinazioni. La sorveglianza sanitaria comporterà visite periodiche (nel minimo, settimanali) per i minori dei centri. La Clinica Kilimani, con la presenza presso la Fondation Viviane di un proprio medico incaricato, garantirà assistenza sanitaria e cure ai 75 minori ospiti e ai 120 minori che usufruiranno di cure fisioterapiche. Il Centro Medico ICS offrirà sorveglianza e cure, con visite settimanali presso i centri, a 140 minori ospiti di Colk e AFDECO. Il medico dell'ambulatorio dell'Associazione Aurora, con la sua presenza continuativa, garantirà assistenza sanitaria e cure ai 75 minori ospiti dell'Associazione e ai 150 minori della zona che fanno riferimento all'ambulatorio. Il Centro di salute di Kaniaka garantirà sorveglianza sanitaria, cure e ricoveri per 150 minori delle famiglie dell'area di Mabaya. I medici dei centri Kilimani, ICS e Ambulatorio Aurora, se individuano la necessità di interventi di particolare complessità e alta specializzazione, segnalano la circostanza al direttore del progetto, il quale, sentito il project manager, autorizza l'intervento (costi a carico del fondo di assistenza, cfr. voce del budget, attività 4.3)
OUTPUT	Sono garantite assistenza sanitaria, generica e specialistica, e dotazione di medicinali per 710 minori beneficiari della sorveglianza sanitaria. Sono adeguatamente curati 30 minori che necessitano di trattamenti specialistici, ricoveri e interventi chirurgici complessi. Impatto atteso: la valutazione dell'impatto positivo sulla salute, effettuata da pediatri specialisti, costituirà elemento di conoscenza e di studio di meccanismi di intervento. L'attenzione prestata alla prevenzione e la diffusione delle conoscenze specifiche alle famiglie o ai centri interessati alla sorveglianza o al singolo intervento medico (attenzione al problema, attesa rispetto alla soluzione) contribuiranno alla modifica, nel medio/lungo periodo, dei comportamenti delle famiglie e delle comunità in cui sono inserite

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 4):

ATT. 4.1	Sino dal primo giorno di progetto, è iniziata come previsto dal cronogramma l'attività di sorveglianza sanitaria per i minori ricoverati nei centri Colk, Afdeco, Aurora e Fondation Viviane a Kinshasa, per i minori del servizio di fisioterapia della Fondation Viviane, per i minori che, abitanti nel quartiere Mpasa II, fanno riferimento all'Ambulatorio Aurora e per i minori delle famiglie dell'area di Mabaya a Lubumbashi. Il Centro ICS, nella persona del medico incaricato dott.ssa Isabelle Muanza, ha effettuato visite periodiche con cadenza media settimanale presso i centri di accoglienza Colk e Afdeco, rilevando lo stato di salute di tutti i bambini, curando sul posto quelli per i quali era possibile farlo e indirizzando al centro medico e al suo ospedale quelli che avevano necessità di cure più intense e prolungate. Al termine di ogni mese, il medico rassegna un rapporto, dal quale si evincono i dati relativi a: minori curati, patologie riscontrate, cure praticate, ospedalizzazioni. I dati sono riassunti nello schema seguente
-----------------	--

mese	Visite Colk	Visite Afdeco	minori Colk	minori Afdeco	totale minori	di cui ospedalizzati
11\23 all 28	4	4	13	8	21	9
12\23	4	4	16	15	31	8
1\24 all 95	4	4	30	14	44	12
2\24 all 121	4	4	20	8	28	18
3\24 all 145	4	4	18	17	35	18
4\24 all 191	4	4	22	21	43	18
totale			119	83	202	83

Il medico dell'Ospedale Kilimani è presente alla Fondation più giorni alla settimana. Rassegna mensilmente dei rapporti dai quali risultano i minori curati, le patologie riscontrate, le cure praticate, le ospedalizzazioni. Si tratta di:

mese	Fondation	Fisioterapia	Ricoveri
11\23 all. 45	16	4	
12\23 all. 71	7	3	
1\24 all. 99	3	4	
2\24 all 123	6	3	
3\24 all 166	4	4	
4/24	6		
TOTALE	42		

Il medico dell'Ambulatorio di Leda presso l'associazione Aurore è presente più giorni alla settimana e visita costantemente i bambini dell'orfanotrofio, dando loro le cure necessarie (nei mesi di marzo \ aprile è stato assente a lungo per una malattia). Rassegna inoltre, mensilmente, dei rapporti per i minori che non vivono in orfanotrofio, e dai quali risultano i minori curati, le patologie riscontrate, le cure praticate, le ospedalizzazioni. Si tratta di:

me	cure
11\23 all. 60	17
12\23 all. 91 e 92	21
1\24 all 127	9
2\24 all 148	5
3\24 all 149	2
4\24 all 200	2
TOTALE	56



Gli è stato chiesto - nel mese di aprile - di rassegnare dei rapporti individuali anche per i minori dell'orfanotrofio, che si ritengono utili per monitorare la situazione sanitaria dell'istituto. Per il solo mese di dicembre, inoltre, il medico dell'Ambulatorio Aurore ha redatto fiches individuali per i casi più complicati (all 91), ritenendo potessero rientrare nell'ipotesi di cui all'azione seguente 4.3. Tuttavia, non avendo comportato ricoveri prolungati, si indicano in questa relazione come beneficiari di assistenza sanitaria generica.

Si segnala che il diverso numero di minori che risultano ricoverati a ICS rispetto a Kilimani e Aurore dipende dalle differenti modalità di erogazione del servizio.

Infatti, i medici Kilimani e Aurore sono presenti più giorni alla settimana presso i centri, e dunque possono seguire l'evoluzione dei piccoli pazienti con continuità. Inoltre, usufruiscono delle strutture sanitarie in loco (centro fisioterapico della Fondation e Ambulatorio di Leda dell'associazione Aurore). Il medico ICS invece si reca presso i centri solo una volta ogni sette giorni circa, e dunque, se c'è la necessità di una sorveglianza più continuativa, preferisce trasferire il minore al centro medico.

I minori del centro Colk, alla data del 31.12.2023, sono 96 (all. 93), quelli di Afdeco 39 (all 98) quelli di Aurore 49 (all 15), quelli della Fondation Viviane 54 (al 8). Colk, Fondation Viviane e Afdeco danno accoglienza anche a bambini in età prescolare, al contrario di Aurore.

A Lubumbashi, il numero di minori che usufruiscono di sorveglianza sanitaria e potenziali cure (prestazioni sanitarie, se malati) corrisponde ai dati demografici dei villaggi situati nella zona dei centri di salute di Kanyaka e Mose, ed è approssimativamente di 250 (all. 108). Per quanto riguarda il numero di minori ricoverati al centro di salute, si rinvia a quanto si dirà con riferimento all'azione 4.3 (si tratta di 14 minori)

OUTPUT

Sono state garantite assistenza sanitaria per 645 minori e cure generiche per 314 minori

INDICATORI OGGETTIVAMENTE VERIFICABILI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO ATTESO:

IOV

Numero dei minori che hanno accesso alle cure. Il 100% dei minori beneficiari (710) gode di sorveglianza e assistenza sanitaria adeguata. Il 95% dei minori assistiti recupera una condizione sanitaria adeguata.

FONTI DI VERIFICA

Relazioni dei centri Kilimani, ICS e del medico Aurore con l'indicazione dei minori che hanno avuto accesso alle cure praticate e dei ricoveri. Relazioni del Centro di salute Amka Katanga sul numero dei minori curati o ricoverati. Dichiarazione iniziale dei Centri di accoglienza con il numero dei minori ospitati. Fatture medicinali.

INDICATORI RAGGIUNTI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO RAGGIUNTO:

IOV:

314 minori hanno avuto accesso alle cure. Il 100% dei minori beneficiari (645) ha goduto di sorveglianza e assistenza sanitaria adeguata e ha migliorato il proprio stato di salute, recuperando una condizione sanitaria adeguata (non viene riferita alcuna mancata guarigione)



32

FONTI DI VERIFICA:

Relazioni dei centri Kilimani, ICS e del medico Aurore con l'indicazione dei minori che hanno avuto accesso alle cure praticate e dei ricoveri e lo stato di salute. Relazioni del Centro di salute Amka Katanga sul numero dei minori curati o ricoverati. Fiches di consultazioni individuali

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI

701 minori. Indiretti: le famiglie e le comunità (territori e centri di accoglienza) dove vivono i minori

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI RAGGIUNTI:

Per quanto riguarda la sorveglianza sanitaria. Minori dei centri di accoglienza: 96 Colk, 39 Afdeco, 49 Aurore, 54 Fondation Viviane, in totale 238. 250 minori dell'area di Mabaya. 101 minori che hanno usufruito di cure fisioterapiche, 56 minori del quartiere (destinatari di cure) che fanno riferimento all'ambulatorio Aurore. Per un totale di **645 minori**. Sono stati **314** i minori effettivamente curati.

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

I Centri Medici convenzionati garantiranno la sorveglianza sanitaria e la collaborazione nella soluzione dei casi difficili. Le Zones de Santé, i Relais e i Centri di accoglienza garantiranno collaborazione nell'individuazione dei minori che necessitano di interventi e aiuto. Amka e PFDU si occuperanno delle attività del programma nelle aree di Lubumbashi e Kananga. Le attività saranno seguite, indirizzate e monitorate (anche con viaggi in loco) dagli specialisti di CCWW Italia, che si impegna altresì allo studio e all'elaborazione scientifica dei dati che verranno raccolti

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

I Centri Medici convenzionati hanno garantito la sorveglianza sanitaria e la collaborazione nella soluzione dei casi difficili. Le Zones de Santé, i Relais e i Centri di accoglienza hanno collaborato nell'individuazione dei minori che necessitano di interventi e aiuto. Amka e PFDU si sono occupate delle attività del programma nelle aree di Lubumbashi e Kananga. Le attività sono state seguite, indirizzate e monitorate (anche con un viaggio in loco) dagli specialisti di CCWW Italia

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 4):

ATT. 4.2	Acquisto di medicinali e materiale sanitario Il progetto acquista e fornisce medicinali e materiale sanitario per 290 minori dei Centri Colk, Afdeco, Fondation Viviane, Aurore e per i 120 minori curati dalla fisioterapia, nonché per il Centro di Salute di Mabaya
OUTPUT	Sono garantite assistenza sanitaria, generica e specialistica, e dotazione di medicinali per 710 minori beneficiari della sorveglianza sanitaria. Sono adeguatamente curati 30 minori che necessitano di trattamenti specialistici, ricoveri e interventi chirurgici complessi. Impatto atteso: la valutazione dell'impatto positivo sulla salute, effettuata da pediatri specialisti, costituirà elemento di conoscenza e di studio di meccanismi di intervento. L'attenzione prestata alla prevenzione e la diffusione delle conoscenze specifiche alle famiglie o ai centri interessati alla sorveglianza o al singolo intervento medico (attenzione al problema, attesa rispetto alla soluzione) contribuiranno alla modifica, nel medio/lungo periodo, dei comportamenti delle famiglie e delle comunità in cui sono inserite

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 1):

ATT. 4.2	Sono stati acquistate le attrezzature indispensabili per effettuare le misurazioni dei dati antropometrici dei minori (bilance, c.d. toises). Sono stati acquistati i medicinali indispensabili per la cura dei minori. In particolare, Mebendazolo (antiparassitario) e vitamina A, usati nel trattamento dei casi di malnutrizione acuta, moderata e severa. I farmaci sono distribuiti alla pressoché totalità dei minori e sono acquistati nella farmacia ICS, ovvero presso altre farmacie per quanto riguarda i centri medici Aurore e Fondation Viviane e il centro di salute di Kanyaka e Mose.
OUTPUT	Sono stati acquistati farmaci e strumenti medicali per 238 minori dei Centri Colk, Afdeco, Fondation Viviane, 101 ammessi alle cure fisioterapiche, 56 minori del quartiere curati dall'Ambulatorio Aurore. I minori ammessi al programma di lotta alla malnutrizione hanno ricevuto antiparassitari (albendazole) e vitamina A.

INDICATORI OGGETTIVAMENTE VERIFICABILI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO ATTESO:

IOV

Numero dei minori che hanno accesso alle cure. Il 100% dei minori beneficiari (710) gode di sorveglianza e assistenza sanitaria adeguata. Il 95% dei minori assistiti recupera una condizione sanitaria adeguata.

FONTI DI VERIFICA



Fatture medicinali.

INDICATORI RAGGIUNTI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO RAGGIUNTO:

IOV:

Numero dei minori che ha avuto accesso alle cure: 314. Inoltre, i minori del programma di lotta alla malnutrizione che hanno avuto vitamina A e albendazolo.

FONTI DI VERIFICA:

Fatture medicinali. Rapporti dei centri medici

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI

701 minori. Indiretti: le famiglie e le comunità (territori e centri di accoglienza) dove vivono i minori

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI RAGGIUNTI:

242 minori ammessi alle cure fisioterapiche, 56 minori curati dall'Ambulatorio Aurore, 14 minori beneficiari nella zona di Kanyaka e Mose. Per un totale di **314 minori**. Inoltre, i minori ammessi al programma di lotta alla malnutrizione.

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

I Centri Medici convenzionati garantiranno la sorveglianza sanitaria e la collaborazione nella soluzione dei casi difficili. Amka e PFDU si occuperanno delle attività del programma nelle aree di Lubumbashi e Kananga. Le attività saranno seguite, indirizzate e monitorate (anche con viaggi in loco) dagli specialisti di CCWW Italia, che si impegna altresì allo studio e all'elaborazione scientifica dei dati che verranno raccolti

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

I Centri Medici convenzionati hanno garantito la sorveglianza sanitaria e la collaborazione nella soluzione dei casi difficili. Le Zones de Santé, i Relais e i Centri di accoglienza hanno collaborato nell'individuazione dei minori che necessitano di interventi e aiuto. Amka e PFDU si sono occupate delle attività del programma nelle aree di Lubumbashi e Kananga. Le attività sono state seguite, indirizzate e monitorate (anche con un viaggio in loco) dagli specialisti di CCWW Italia

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 4):

ATT. 4.3	Assistenza sanitaria: ricoveri ospedalieri, esami specialistici, interventi chirurgici urgenti o complessi Sono pagati i ricoveri ospedalieri, gli esami specialistici e gli interventi chirurgici urgenti o complessi per i minori dei centri Fondation Viviane, Colk, AFDECO, Aurore che necessitano di cure particolari. Sono pagate le cure urgenti e i ricoveri per i minori malnutriti ammessi al programma di assistenza sanitaria, per malattie che dovessero essere conseguenza ulteriore dello stato di malnutrizione. Si segnala infatti che capita con una certa frequenza che lo stato di malnutrizione, se protratto, comporti l'emergere di patologie complesse, su cui è necessario interventi al fine di garantire al minore il completo recupero. Pertanto, i medici dei centri Kilimani, Amka Katanga, ICS, Aurore, e i nutrizionisti del progetto, se individuano la necessità di interventi di particolare urgenza, complessità e specializzazione, segnalano la circostanza al direttore del progetto, il quale, sentito il project manager, autorizza l'intervento. Il minore viene ricoverato nel centro specialistico competente e assistito dal suo personale
OUTPUT	Sono adeguatamente curati 30 minori che necessitano di trattamenti specialistici, ricoveri e interventi chirurgici complessi. Impatto atteso: la valutazione dell'impatto positivo sulla salute, effettuata da pediatri specialisti, costituirà elemento di conoscenza e di studio di meccanismi di intervento. L'attenzione prestata alla prevenzione e la diffusione delle conoscenze specifiche alle famiglie o ai centri interessati alla sorveglianza o al singolo intervento medico (attenzione al problema, attesa rispetto alla soluzione) contribuiranno alla modifica, nel medio/lungo periodo, dei comportamenti delle famiglie e delle comunità in cui sono inserite

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 1):

ATT. 4.3	I Centri medici certificano il nome dei minori destinatari di interventi in urgenza, di cure ed esami specialistici, di interventi chirurgici complessi o che necessitano dell'assistenza di specialisti. E' attività che, di fatto e per ragioni sia logistiche che soprattutto di competenza, sono svolte quasi esclusivamente dal centro ICS e dal Centro di salute di Kanyaka e Mose (solo eventualmente da Kilimani e Aurore). Nei mesi di novembre/gennaio si è trattato per ICS di un caso di tubercolosi intestinale, di un caso di trauma alla coda (rx), di tre consulti dentistici, di una frattura del femore, di un'appendicite acuta e cisti ovariche (allegati 28, 107 e 120). Nel mese di aprile si è trattato di 3 casi (in attesa di rapporto). Per bambini della Fondation si è trattato di tre esami specialistici (allegata la ricevuta al rapporto contabile), senza ricovero o interventi specialistici. Per l'Ambulatorio Aurore è ricorrente l'ipotesi di trattamenti che, pur essendo relativamente urgenti, non prevedono ricovero (si allegano le fiches di 5 bambini curati nel mese di dicembre - all 91 - rinviando a quanto si è detto al proposito all'azione 4.1). Per questa ragione non si indicano nell'elenco dei beneficiari di codesta azione.
-----------------	---

	Per quanto riguarda il Centro di salute di Kanyaka e Mose, ad ogni visita il medico predispone per i minori nelle condizioni più complesse delle fiches di consultazione individuale che indicano le patologie, il trattamento e l'eventuale ricovero. Le fiches riportano i dati anagrafici, la patologia riscontrata, gli esami praticati, i farmaci assunti e ogni altra informazione necessaria. Si tratta di 14 minori (all 144)
OUTPUT	Sono stati adeguatamente curati 27 minori che necessitavano di trattamenti specialistici, ricoveri e interventi chirurgici complessi.

INDICATORI OGGETTIVAMENTE VERIFICABILI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO ATTESO:

IOV

Numero dei minori che hanno accesso alle cure. Il 100% dei minori beneficiari (710) gode di sorveglianza e assistenza sanitaria adeguata. Il 95% dei minori assistiti recupera una condizione sanitaria adeguata.

FONTI DI VERIFICA

Relazioni Kilimani ICS e Aurora con l'indicazione dei minori che hanno avuto accesso alle cure praticate. Relazioni specifiche sugli interventi di particolare urgenza o complessità. Relazioni centro di salute Amka Katanga sul numero di minori curati o ricoverati.

INDICATORI RAGGIUNTI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO RAGGIUNTO:

IOV:

27 minori hanno avuto accesso alle cure e hanno recuperato una condizione sanitaria adeguata

FONTI DI VERIFICA:

Relazioni Kilimani ICS, Aurora e Amka Katanga con l'indicazione dei minori che hanno avuto accesso alle cure o interventi di particolare urgenza o complessità.

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI

701 minori. Indiretti: le famiglie e le comunità (territori e centri di accoglienza) dove vivono i minori

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI RAGGIUNTI:

27 minori che hanno ricevuto cure di particolare urgenza o complessità e/o esami specialistici

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

I Centri Medici convenzionati garantiranno la sorveglianza sanitaria e la collaborazione nella soluzione dei casi difficili. Le Zones de Santé, i Relais e i Centri di accoglienza garantiranno collaborazione nell'individuazione dei minori che necessitano di interventi e aiuto. Amka e PFDU si occuperanno delle attività del programma nelle aree di Lubumbashi e Kananga. Le attività saranno seguite, indirizzate e monitorate (anche con viaggi in loco) dagli specialisti di CCWW Italia, che si impegna altresì allo studio e all'elaborazione scientifica dei dati che verranno raccolti

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

I Centri Medici convenzionati – in particolare ICS e Centro di salute di Kanyaka e Mose – hanno garantito la sorveglianza sanitaria e la collaborazione nella soluzione dei casi difficili. Le Zones de Santé, i Relais e i Centri di accoglienza hanno collaborato nell'individuazione dei minori che necessitano di interventi e aiuto. Amka e PFDU si sono occupate delle attività del programma nelle aree di Lubumbashi e Kananga. Le attività sono state seguite, indirizzate e monitorate (anche con un viaggio in loco) dagli specialisti di CCWW Italia

RISULTATO ATTESO 5: E' migliorata l'integrazione familiare e sociale dei minori portatori di handicap

(120 famiglie - 80\anno - ricevono assistenza e sostegno e non abbandonano i propri figli portatori di handicap; i minori non vengono abbandonati e viene consolidata la consapevolezza delle ragioni dell'handicap, che modificherà nel medio\lungo periodo i comportamenti delle comunità)

RISULTATO 5: E' stata migliorata l'integrazione familiare e sociale dei minori portatori di handicap. 50 famiglie hanno ricevute sostegno e non hanno abbandonato i propri figli

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 5):

ATT. 5.1	Formazione e sostegno alle famiglie dei minori portatori di handicap Nei giorni di trattamento presso il servizio di fisioterapia della Fondation Viviane le famiglie dei minori portatori di handicap riceveranno sostegno dall'assistente sociale e dallo psicologo della Fondation, con incontri individuali o collettivi, destinati all'intera famiglia, agli adulti separatamente o ai minori in ragione delle necessità individuate. Il personale della Fondation proporrà inoltre alle famiglie incontri (individuali e di gruppo) su temi specifici: la c.d. sorcellerie, il legame familiare, l'importanza della scolarizzazione, l'igiene, e altri da individuare sulla base delle necessità specifiche
OUTPUT	Sono offerti formazione e sostegno continuativi – incontri collettivi e individuali - a 120 famiglie di minori portatori di handicap Impatto atteso: i minori non vengono abbandonati e viene consolidata la consapevolezza delle ragioni dell'handicap, che modificherà nel medio\lungo periodo i comportamenti delle comunità.



ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 5):

ATT. 5.1

Sino all'inizio del progetto, lo psicologo e l'assistente sociale hanno iniziato l'attività di sostegno alle famiglie dei minori che si rivolgono al servizio di fisioterapia. Nel periodo, pertanto, si tratta di 51 "nuovi casi", e ad ognuno di essi è riservato un diverso trattamento in ragione della complessità della situazione. Ogni mese, i professionisti rassegnano un rapporto con il quale danno atto del numero delle famiglie che hanno ricevuto assistenza, nelle forme di incontri individuali, di genere (padri e madri), individuali o collettivi.

Si propone una tabella riassuntiva:

mese	Nuovi casi				Casi già conosciuti	
	Incontri collettivi	Incontri di genere padri	Incontri di genere madri	Incontri individuali nuovi casi	Genitori di minori già conosciuti	Totale incontri individuali
Novembre 2023	5	4	4		6	6
Dicembre 2023	3			6		6
Gennaio 2024	3			7	6	13
Febbraio 2024	7			5		5
Marzo 2024	8			4	7	11
Aprile 2024	4			9	3	12
	30	4	4	31	22	53

Nel mese di novembre lo psicologo non segnala casi particolari (all 43).

Nel mese di dicembre segnala che quattro coppie di genitori minori c.d. "nuovi" (che si sono rivolti nel mese al servizio di fisioterapia) ritengono che la causa dell'handicap sia una forma di stregoneria, e le altre due al contrario hanno consapevolezza delle ragioni dell'handicap. Tra i due gruppi si è creata forte tensione, e alle prime coppie il professionista ha dedicato la maggiore attenzione (all 75). Nel mese di gennaio prosegue gli incontri individuali con i nuovi inserimenti e quelli di gruppo che coinvolgono anche coppie già conosciute (all 101). Riscontra un sempre maggiore miglioramento dei rapporti familiari, in ragione della maggiore consapevolezza delle ragioni dello stato dei propri figli (all 101e all 125). Tuttavia, nel mese di febbraio, riscontra e denuncia la situazione potenzialmente pericolosa del bambino Jiguel, di due anni, a causa dell'incrollabile convinzione dei genitori nella causa "magica" e maligna dell'handicap. Lo psicologo afferma di aver predisposto un controllo sulle azioni della coppia, anche grazie alla collaborazione delle altre coppie che usufruiscono del servizio di fisioterapia. Nel mese di marzo sono 6 le nuove coppie, di cui tre affermano con decisione che l'origine dell'handicap del figlio è da ricercare in un maleficio (all 154). Nel mese di aprile solo una su 9 coppie ritiene che l'origine dell'handicap sia soprannaturale. Lo psicologo continua gli incontri individuali anche con le coppie che presentano i casi più gravi e resistenti (all 203).

L'assistente sociale dà atto di un'attività più quotidiana, di assistenza generica, di accompagnamento delle madri e dei minori, di accoglienza dei nuovi ospiti e dei nuovi minori assistiti dal servizio di cura, nonché di eventi particolari e delle difficoltà che si presentano, tanto ricorrenti quanto legate a singoli bambini (all 44, all 73, all 100, all 126, all 153, all 204).

OUTPUT

Nel periodo interessato alla presente relazione, sono stati offerti formazione e sostegno continuativi - incontri collettivi e individuali - a 50 famiglie di minori portatori di handicap

I minori portatori di handicap non sono stati abbandonati ed è stata consolidata la consapevolezza delle ragioni dell'handicap, così contribuendo a modificare nel medio\lungo periodo i comportamenti delle comunità.



INDICATORI OGGETTIVAMENTE VERIFICABILI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO ATTESO:

IOV

Numero dei minori che non saranno abbandonati. Il 95% delle famiglie che hanno portato i figli alle sessioni di fisioterapia hanno acquisito conoscenze e non abbandonano i figli. Un 85% delle famiglie ha acquisito consapevolezza sulle cause dell'handicap. La diffusione delle conoscenze modifica nel medio\lungo periodo i comportamenti delle famiglie e di conseguenza delle comunità in cui sono inserite

FONTI DI VERIFICA

Relazione annuale della Fondation con l'elenco dei minori portatori di handicap ospitati dalla struttura. Relazione mensile dello psicologo della Fondation.

INDICATORI RAGGIUNTI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO RAGGIUNTO:

IOV:

Tutti i minori affidati alle cure della Fondation Viviane e del servizio di fisioterapia (51 "nuovi casi" nel periodo interessato alla presente relazione) non sono stati abbandonati. Degli altri IOV si è dato conto descrivendo le attività di formazione.

FONTI DI VERIFICA:

Rapporti mensili dello psicologo e dell'assistente sociale della Fondation. Relazioni del servizio di fisioterapia.

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI

Diretti: 120 minori, le famiglie di 120 minori. Indiretti: le comunità (territori e centri di accoglienza) dove vivono i minori

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI RAGGIUNTI:

Diretti: 51 minori, le famiglie di 51 minori. Indiretti: le comunità (territori e centri di accoglienza) dove vivono i minori

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

La Fondation Viviane si rende responsabile della corretta esecuzione delle azioni secondo alti standard di qualità. I contratti di lavoro dell'assistente sociale, dello psicologo, delle educatrici e delle cuoche sono direttamente imputati alla Fondation Viviane

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

La Fondation Viviane si è resa responsabile della corretta esecuzione delle azioni secondo alti standard di qualità. I contratti di lavoro dell'assistente sociale, dello psicologo, delle educatrici e delle cuoche sono stati direttamente imputati alla Fondation Viviane

RISULTATO ATTESO 6: E' migliorata la condizione sanitaria dei minori portatori di handicap

(120 minori portatori di handicap ricevono cure riabilitative; 99 minori (66\anno) portatori di handicap ricevono protesi ortopediche; i minori sono curati e recuperano autonomia, non sono abbandonati e viene consolidata la consapevolezza delle ragioni dell'handicap. Il miglioramento delle condizioni sanitarie e di autonomia dei minori modifica nel medio\lungo periodo i comportamenti delle famiglie e di conseguenza delle comunità in cui sono inserite)

RISULTATO 6: E' stata migliorata la condizione sanitaria dei minori portatori di handicap: 101 minori portatori di handicap hanno ricevuto cure riabilitative; 74 minori hanno ricevuto protesi ortopediche non semplici; i minori sono stati curati e hanno recuperato autonomia. Non sono stati abbandonati ed è stata consolidata la consapevolezza delle ragioni dell'handicap.

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 6):

ATT. 6.1

Assistenza ai minori portatori di handicap. Cure fisioterapiche

Tre fisioterapisti prestano la loro opera per tre giorni alla settimana presso gli ambulatori della Fondation Viviane e nel restante tempo di lavoro ricevono le famiglie, studiano i casi e predispongono piani di trattamento individualizzati. Ogni minore, dopo un consulto preliminare a cura del medico del Centro Kilimani e dopo aver effettuato gli esami necessari, sarà visitato dai fisioterapisti. Predisposta una scheda che conterrà le indicazioni relative allo stato dei bisogni di intervento fisioterapico e le misure riabilitative proposte, sarà programmato un calendario di appuntamenti, che preciserà frequenza e durata verosimile. Le famiglie saranno tenute a portare il minore al Centro, e sarà garantita loro ospitalità e un pasto. Laddove se ne ravvisasse la necessità, il minore sarà avviato al servizio di ortopedia per la valutazione di una dotazione protesica

OUTPUT

Il personale tecnico garantisce cure fisioterapiche e riabilitative gratuite per 120 minori. Impatto atteso: i minori non vengono abbandonati e viene consolidata la consapevolezza delle ragioni dell'handicap, che modificherà nel medio\lungo periodo i comportamenti delle comunità. I minori recuperano autonomia e viene consolidata la consapevolezza della possibilità di recupero e inserimento sociale. Il miglioramento delle condizioni sanitarie e di autonomia dei minori modificheranno nel medio\lungo periodo i comportamenti delle famiglie e di conseguenza delle comunità in cui sono inserite



ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 6):

ATT. 6.1

I fisioterapisti assunti dal progetto hanno iniziato la loro attività retribuiti dal progetto dal 1° novembre 2023, come previsto dai contratti di lavoro sottoscritti. Si ricorda tuttavia che, al fine di poter garantire la continuità del servizio dal 31.12.2023 (di cessazione del precedente progetto "in gamba, ragazzi") sino al 30.10.2023, NOVA si è fatta carico delle retribuzioni del personale della fisioterapia, almeno in misura tale da poter garantire le cure più urgenti. Alla data del 1° novembre 2023 erano pertanto in numero di 50 i minori già registrati in precedenza, che usufruivano di cure fisioterapiche e che hanno continuato a usufruire delle cure del servizio durante le attività del progetto (per periodi più o meno lunghi in ragione delle specifiche patologie). Cfr. dichiarazione ed elenco del responsabile della Fondazione e del servizio di fisioterapia, in all 47. A questi si aggiungono i c.d. casi nuovi, vale a dire quei minori che per la prima volta in quel mese hanno usufruito di cure (cfr. secondo elenco in all 47).

E' stato chiesto al responsabile del servizio di fisioterapia, al fine di poter indicare il numero esatto dei beneficiari al termine delle azioni del progetto, di certificare a partire dal mese di dicembre del 2023 il numero dei c.d. nuovi casi.

Il servizio, pertanto ha rassegnato mensilmente dei rapporti, in cui dichiara: nome, cognome, età, sesso, diagnosi e trattamento di ogni singolo minore.

Si propone una tabella riassuntiva dei dati che sono riportati nelle relazioni mensili, e in cui si indicano come beneficiari delle azioni del progetto unicamente i c.d. casi nuovi.

mese	Casi registrati 1.11.23	Casi nuovi	
Novembre 2023	50	16	all 47
Dicembre 2023		6	all. 70
Gennaio 2024		7	all. 102
Febbraio 2024		7	all. 122
Marzo 2024		6	all 151
Aprile 2024		9	all 201
TOTALE	50	51	

Il medico e il responsabile del servizio certificano, in ogni rapporto, che lo stato di salute dei minori migliora. Non segnalano, nel periodo, alcuna situazione di criticità.

OUTPUT

Nel periodo interessato alla presente relazione, il personale tecnico della Fondazione ha garantito cure fisioterapiche e riabilitative gratuite per 101 minori. di questi, 50 minori che erano già in trattamento al primo novembre e 51 casi nuovi.

I minori non sono stati abbandonati ed è stata consolidata la consapevolezza delle ragioni dell'handicap. I minori, hanno recuperato autonomia e migliorato le proprie condizioni sanitarie. In questo modo si è contribuito a modificare nel medio\lungo periodo i comportamenti delle famiglie e di conseguenza delle comunità in cui sono inserite

INDICATORI OGGETTIVAMENTE VERIFICABILI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO ATTESO:

IOV

120 minori portatori di handicap che hanno ricevuto assistenza e cure riabilitative. Un 90% di 120 minori hanno migliorato la propria autonomia e condizione

FONTI DI VERIFICA

Relazione mensile del servizio di fisioterapia con indicazione del numero dei pazienti trattati nel mese e dei nominativi, età, sesso, patologie e trattamenti previsti.

INDICATORI RAGGIUNTI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO RAGGIUNTO:

IOV:

Nel periodo interessato alla presente relazione, 101 minori portatori di handicap hanno ricevuto assistenza e cure riabilitative. La totalità dei minori ha migliorato – ciascuno in misura diversa - la propria autonomia e condizione

FONTI DI VERIFICA:

Relazioni mensili del servizio di fisioterapia.

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI

Diretti: 120 minori, le famiglie di 120 minori. Indiretti: le comunità (territori e centri di accoglienza) dove vivono i minori

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI RAGGIUNTI:

50 minori che erano in trattamento alla data del 1° novembre e che lo hanno continuato. 51 nuovi casi.

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

La Fondation Viviane si rende responsabile della corretta esecuzione dell'azione secondo alti standard di qualità. I contratti di lavoro dell'assistente sociale, dello psicologo e delle cuoche sono direttamente imputati alla Fondation Viviane. La Maloca e AFN, insieme a NOVA, collaborano nell'attività di fisioterapia, LA in quella di ortopedia

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

La Fondation Viviane si è resa responsabile della corretta esecuzione delle azioni secondo alti standard di qualità. I contratti di lavoro dell'assistente sociale, dello psicologo, delle educatrici e delle cuoche sono stati direttamente imputati alla Fondation Viviane

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 6):

ATT. 6.2	Assistenza ai minori portatori di handicap. Dotazione di protesi ortopediche <i>Nel 2012/2013, grazie alla donazione di un socio, NOVA ha costruito i locali di un'officina ortopedica ("Officina di Claudia"). Nel 2013 un tecnico specializzato delle Officine INAIL di Vigorso di Budrio (Bologna) e Presidente della (cessata) ONLUS Lavoro e riabilitazione, ha effettuato un primo viaggio (ne sarebbe seguito un secondo) per la formazione del personale della Fondation dedicato alla costruzione delle protesi. L'Officina è stata poi dotata di forno, macchine per cucire il cuoio, utensili, ecc... Dunque, è adeguatamente dotata. Il servizio di fisioterapia annierà ai tecnici ortopedici i minori che individua come possibili destinatari di una dotazione protesica. I tecnici ortopedici, studiato il caso, realizzeranno una protesi che, consegnata alle famiglie, resterà di loro proprietà. Le Officine INAIL di Vigorso di Budrio (Bologna) donano con cadenza annuale materiale protesico, usato ma di alta qualità, che viene raccolto in grandi quantità e successivamente spedito nella RDC per mezzo di un container, unitamente ad altro materiale utile alle azioni della Fondation</i>
OUTPUT	<i>Il personale tecnico garantisce protesi per 99 minori.</i> <i>Impatto atteso: i minori non vengono abbandonati e viene consolidata la consapevolezza delle ragioni dell'handicap, che modificherà nel medio/lungo periodo i comportamenti delle comunità. I minori recuperano autonomia e viene consolidata la consapevolezza della possibilità di recupero e inserimento sociale. Il miglioramento delle condizioni sanitarie e di autonomia dei minori modificheranno nel medio/lungo periodo i comportamenti delle famiglie e di conseguenza delle comunità in cui sono inserite</i>

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 6):

ATT. 6.2

Come per la precedente azione, gli ortopedici hanno iniziato la loro attività retribuita dal progetto dal 1° novembre 2023, come previsto dai contratti di lavoro sottoscritti. Si ricorda che, al fine di poter garantire la continuità del servizio dal 31.12.2023 (di cessazione del precedente progetto “in gamba, ragazzi”) sino al 30.10.2023, NOVA si è fatta carico delle retribuzioni del personale della fisioterapia, almeno in misura tale da poter garantire la dotazione delle protesi più urgenti.

Il servizio di ortopedia rassegna ogni mese un rapporto, dal quale risultano il nome e l'età del paziente, la diagnosi e il presidio eventualmente erogato. Si tratta di dotazioni semplici (ad esempio semelles - plantari per la correzione del piede piatto, c.d. “collari Minerva”, etc...) oppure complesse (ad es. kafo - tutori coscia\gamba\piede, di marcia o postura, oppure ortesi, oppure attelles - immobilizzatori). Per una lettura esatta dei rapporti, si segnala che la dizione “evolue” significa che la protesi è considerata definitiva, mentre il termine “livré” significa che la protesi è stata consegnata, ma soggetta a controllo.

Dopo l'inizio del programma di lotta alla malnutrizione, si è verificata una vera e propria impennata della richiesta: una delle conseguenze più diffuse della malnutrizione è un difetto dello sviluppo psico-fisico, per cui molte delle famiglie dei minori assistiti per la malnutrizione hanno chiesto l'intervento della Fondation anche per la dotazione di protesi.

Si propone, per completezza di lettura dei dati, una tabella che li riassume.

Mese	Dotazioni semplici	Dotazioni complesse
novembre 2023 all 46	16	7
dicembre 2023 all 73	7	36
gennaio 2024 all 103		11
febbraio 2024 all 124	2	7



marzo 2024 all 152		4
aprile 2024 all 202		9
TOTALE	25	74

Il giorno 6 aprile i volontari della sede NOVA di Pistoia hanno effettuato lo stivaggio del materiale da inviare tramite container nella RDC. Tra le altre cose: materiale protesico (arti meccanici, protesi al silicone), accessori e ricambi per la fresa e il trapano dell'Officina, carrozzine per disabili, un'apparecchiatura radiologica completa, un ecografo completo, un ecografo portatile con relative sonde, 15 letti ospedalieri con materassi antidecubito, medicinali raccolti in occasione della Giornata nazionale del Farmaco, ferri chirurgici (cfr. documentazione fotografica in F15). Tutto il materiale (con eccezione dell'ecografo portatile, acquistato da NOVA con fondi propri) deriva da donazioni da parte delle AUSL, delle Officine INAIL di Vigorso, di una ditta distributrice di apparecchiature medicali (SACEM)

OUTPUT

Il personale tecnico ha garantito, nel periodo interessato alla presente relazione, la dotazione di **99** protesi (o coppie di protesi) per altrettanti minori. Di queste **74** protesi relativamente complesse. I minori portatori di handicap non sono stati abbandonati ed è stata consolidata la consapevolezza delle ragioni dell'handicap, così contribuendo a modificare nel medio\lungo periodo i comportamenti delle comunità. I minori hanno recuperato autonomia (possibilità di camminare, sicurezza nei movimenti), così consolidando la consapevolezza della possibilità di recupero e inserimento sociale. Il miglioramento delle condizioni sanitarie e di autonomia dei minori ha contribuito a modificare i comportamenti delle famiglie e di conseguenza delle comunità in cui sono inserite (non si sono verificati abbandoni).

INDICATORI OGGETTIVAMENTE VERIFICABILI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO ATTESO:

IOV

Numero dei minori che riceveranno strumenti protesici nel corso del progetto. Il 90% di questi minori hanno migliorato sensibilmente l'autonomia motoria.

FONTI DI VERIFICA

Relazione iniziale della Fondation Viviane con l'indicazione dei minori portatori di handicap ospiti. Relazione annuale della Fondation con l'elenco dei minori portatori di handicap ospitati. Relazione mensile del servizio di ortopedia con indicazione del numero dei consulti e del numero e funzioni delle protesi realizzate.

INDICATORI RAGGIUNTI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO RAGGIUNTO:

IOV:

Nel periodo interessato alla presente relazione, sono stati **74** i minori ai quali è stata consegnata una protesi (o una replica di protesi). Tutti hanno migliorato la propria autonomia (marcia, postura, sicurezza)

FONTI DI VERIFICA:

Relazione iniziale della Fondation con l'indicazione dei minori portatori di handicap ospiti della struttura. Relazioni mensili del servizio di ortopedia, con valutazione dei casi.

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI

Diretti: 99 minori riceveranno protesi ortopediche Indiretti: le comunità (territori e centri di accoglienza) dove vivono i minori.

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI RAGGIUNTI:

Nel periodo interessati alla presente relazione, vi sono stati 74 diretti beneficiari.

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

La Fondation Viviane si rende responsabile della corretta esecuzione dell'azione secondo alti standard di qualità. I contratti di lavoro dell'assistente sociale, dello psicologo e delle cuoche sono direttamente imputati alla Fondation Viviane. La Maloca e AFN, insieme a NOVA, collaborano nell'attività di fisioterapia, LA in quella di ortopedia

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

La Fondation Viviane si è resa responsabile della corretta esecuzione delle azioni secondo alti standard di qualità. I contratti di lavoro dell'assistente sociale, dello psicologo, delle educatrici e delle cuoche sono stati direttamente imputati alla Fondation Viviane

RISULTATO ATTESO 7: *E' posto rimedio all'abbandono dei minori portatori di handicap*

(5 minori portatori di handicap e abbandonati sono ospitati dalla Fondation Viviane; il miglioramento delle condizioni sanitarie e di autonomia dei minori modifica nel medio\lungo periodo i comportamenti delle comunità)

RISULTATO 7: E' stato posto rimedio all'abbandono dei minori portatori di handicap. 7 minori portatori di handicap e abbandonati sono stati ospitati dalla Fondation Viviane. Non si sono verificati abbandoni tra i minori che usufruiscono del servizio di fisioterapia.

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 7):

ATT. 7.1	Assistenza ai minori portatori di handicap. Accoglienza <i>Il progetto sostiene unicamente le spese per due inservienti, mentre quelle per l'alimentazione e i bisogni primari dei minori restano in carico alla Fondation Viviane. I minori accolti usufruiranno dei servizi della fisioterapia e dell'ortopedia. L'ipotesi secondo la quale non sarà raggiunto il numero di 5 minori accolti testimonierà eventualmente l'efficacia maggiore del previsto delle azioni tese a prevenire l'abbandono, e sarà considerata da chi scrive come indice estremamente positivo.</i>
OUTPUT	<i>5 minori ricevono assistenza adeguata (alloggio, vitto, sostegno psicologico e materiale) e cure fisioterapiche e mediche. Frequentano la scuola. Impatto atteso: viene consolidata la consapevolezza delle ragioni dell'handicap, che modificherà nel medio\lungo periodo i comportamenti delle comunità.</i>

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 7):

ATT. 7.1	La Fondation Viviane attesta (in all. 8) che alla data di inizio del progetto dava accoglienza a sette minori portatori di handicap fisico o psichico (oltre che a ulteriori cinque che denunciano un handicap di non rilevante entità: difficoltà motorie).
OUTPUT	7 minori hanno ricevuto assistenza adeguata (alloggio, vitto, sostegno psicologico e materiale), cure fisioterapiche e mediche. Hanno frequentato la scuola. E' stata consolidata la consapevolezza delle ragioni dell'handicap, così modificando nel medio\lungo periodo i comportamenti delle comunità.

INDICATORI OGGETTIVAMENTE VERIFICABILI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO ATTESO:

IOV

Numero dei minori portatori di handicap che saranno accolti e assistiti nel corso del progetto.

FONTI DI VERIFICA

Relazione iniziale, semestrale, annuale e finale della Fondation Viviane con indicazione dei minori portatori di handicap ospitati

INDICATORI RAGGIUNTI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO RAGGIUNTO:

IOV:

sette minori sono stati ospitati, curati, hanno ricevuto cure mediche e fisioterapiche, sono andati a scuola.

FONTI DI VERIFICA:

relazione della Fondation Viviane

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI

Diretti: 5 minori. Indiretti: le comunità dove vivono i minori

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI RAGGIUNTI:

7 minori (oltre che 5 minori con handicap motorio lieve)

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

La Fondation Viviane si rende responsabile della corretta esecuzione dell'azione secondo alti standard di qualità. Il contratto di lavoro degli inservienti che accudiranno i minori sarà direttamente imputato alla Fondation Viviane



COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

La Fondation Viviane si è resa responsabile della corretta esecuzione delle azioni secondo alti standard di qualità. I contratti di lavoro degli inservienti che hanno accolto i minori sono stati direttamente imputati alla Fondation Viviane

RISULTATO ATTESO 8: *E' promosso e migliorato il livello di scolarizzazione*

(160 minori frequentano la scuola; la scolarizzazione garantisce aumento delle conoscenze, delle opportunità, del livello di integrazione dei minori, e promuove una modifica nel medio lungo periodo della percezione dell'utilità dello studio e del comportamento dei membri delle comunità in cui i minori saranno inseriti a pieno titolo)

RISULTATO 8: E' stato migliorato il livello di scolarizzazione di 140 minori per l'anno scolastico 2023 - 2024. 140 minori hanno frequentato la scuola

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 8):

ATT. 8.1	Sostegno alla scolarizzazione dei minori particolarmente vulnerabili (pagamento delle spese scolastiche) Il progetto rimborserà ai centri AFDECO, Aurore, Colk, le rette scolastiche dei minori che frequentano scuole di ogni ordine e grado. Le rette variano in ragione di: natura dell'istituto, livello (primaria, secondaria, professionale), servizi offerti (pranzo, doposcuola, sostegno, divise - obbligatorie - e materiale didattico gratuiti o meno). Nel budget è considerata una media in ragione del livello, considerati i servizi e la natura della scuola.
OUTPUT	Sono pagate le rette e 160 minori ospiti dei centri AFDECO, Aurore, Colk (il 100% dei minori in età scolastica) frequentano corsi regolari Impatto atteso: la scolarizzazione garantisce aumento del livello di integrazione dei minori nelle comunità, e promuove una modifica nel medio lungo periodo della percezione dei suoi membri dell'utilità dello studio.

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 1):

ATT. 8.1	Prima dell'inizio del progetto, sono state elaborate e consegnate da parte dei centri di accoglienza le liste dei minori iscritti all'anno scolastico 2023\2024, divisi per grado e classe da frequentare. Ciò al fine di verificare la corrispondenza delle spese che saranno rimborsate e i nominativi dei minori (salvo ingressi e/o uscite dal centro in corso di progetto). Si tratta di 61 minori a Colk (42 iscritti alla scuola primaria, 7 alla secondaria, 12 alla scuola superiore, all. 17), 31 ad Afdeco (19 alla primaria - erano 21 all'inizio dell'anno scolastico, 3 alla secondaria, 6 alle superiori, 3 alla materna, all. 18), 49 minori ad Aurore (13 iscritti alla scuola primaria, 15 alla secondaria, 21 alla scuola superiore all. 15). Si precisa che 2 bambini di Afdeco, Blaise e Maria Yamba, che all'inizio dell'anno scolastico comparivano nell'elenco dei minori ospitati, sono usciti dall'orfanotrofio, così riducendo il numero da 33 a 31. Nel mese di dicembre\gennaio sono state chieste liste aggiornate dei minori iscritti, al fine del pagamento delle rette scolastiche del secondo e terzo trimestre dell'anno scolastico 2023\2024. Si tratta di 61 minori a Colk (42 alla scuola primaria, 7 alla secondaria, 12 alle superiori, all 58), dello stesso numero di minori ad Aurore (49, di cui 13 iscritti alla scuola primaria, 15 alla secondaria, 21 alla scuola superiore all. 15) e di 30 ad Afdeco (17 alla primaria, 3 alla settima classe, 7 alla secondaria, 3 alla materna, all 67). Anche il terzo dei fratelli Yamba è tornato in famiglia, così ulteriormente riducendo il numero da 31 a 30. Nel corso del mese di gennaio sono state pagate le spese scolastiche per il secondo e il terzo trimestre dell'anno scolastico 2023\2024. Si allegano le ricevute, in quanto contengono l'elenco nominativo dei minori (all 80, all 94, all 114). Quanto ad Afdeco, si segnala che in settembre, prima dell'inizio del progetto e per consentire ai minori di frequentare la scuola, NOVA ha pagato un anticipo forfettario che potesse coprire per intero le spese delle divise e del primo trimestre. Pertanto, si è ritenuto che questo anticipo non potesse essere oggetto di finanziamento, anche se, utilizzando un criterio di competenza e non di cassa, potrebbero risultare tale almeno in parte (per i mesi di novembre e dicembre). Le spese del secondo e del terzo trimestre sono le seguenti: 4.390,00 dollari per l'Ecole Les Petits Artistes (cfr. dichiarazione della scuola) 350,00 dollari per la scuola Bien Aimé Koko Chretien (cfr. dichiarazione della scuola) 550,00 dollari la scuola M.me Sephora (825,00:3 cfr. dichiarazione della scuola) per un importo complessivo di 5.290,00 dollari In data 10 gennaio 2024 è stato pagato il saldo del totale dovuto per l'intero anno, nell'importo di euro 4.733,00, che secondo il tasso di cambio vigente è inferiore alle spese del secondo e del terzo trimestre.
-----------------	--

	Tale importo è totalmente rendicontabile, sia seguendo un criterio di cassa (pagamento intervenuto nel periodo di progetto) che di competenza (pagamento che riguarda il saldo del secondo e terzo trimestre 2023\2024).
OUTPUT	Sono state pagate le rette per tutti i minori in età scolastica ospiti dei centri AFDECO, Aurore, Colk, che pertanto hanno frequentato corsi regolari. Nel periodo (a.s. 2023-2024), si tratta di 140 minori. Saranno pagate in settembre le rette scolastiche per il primo trimestre del a.s. 2024-2025 per gli alunni del primo anno della scuola primaria, e per i minori di eventuale nuovo ingresso negli istituti. La scolarizzazione garantisce l'aumento del livello di integrazione dei minori nelle comunità, e promuove una modifica nel medio\lungo periodo della percezione dei suoi membri dell'utilità dello studio.
INDICATORI OGGETTIVAMENTE VERIFICABILI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO ATTESO: IOV <i>Numero dei minori (160) per i quali saranno pagate le spese scolastiche e che frequenteranno la scuola</i> FONTI DI VERIFICA <i>Ricevute del pagamento delle rette scolastiche</i>	
INDICATORI RAGGIUNTI E RELATIVE FONTI DI VERIFICA RISPETTO AL RISULTATO RAGGIUNTO: IOV: Numero dei minori (140) per i quali – nel periodo interessato alla presente relazione - sono state pagate le rette scolastiche FONTI DI VERIFICA: <i>dichiarazione dei centri di accoglienza relative al numero dei bambini ospitati. Ricevute del pagamento delle rette scolastiche</i>	
BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI <i>Diretti: 160 minori. Indiretti: le comunità dove vivono i minori</i>	
BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI RAGGIUNTI: 140 minori per l'anno scolastico 2023 – 2024.	
COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI: <i>I Centri di accoglienza Colk, Afdeco e Aurore coopereranno nella ricerca delle soluzioni più accessibili (vicinanza, costi) perché tutti i bambini ospitati abbiano accesso all'istruzione. AMI collaborerà nelle fasi del controllo e della definizione delle strategie. Amici di Don Bosco, per il tramite di personale locale, verificherà la qualità dell'insegnamento</i>	
COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI: I Centri di accoglienza Colk, Afdeco e Aurore hanno cooperato nella ricerca delle soluzioni più accessibili (vicinanza, costi) perché tutti i bambini ospitati avessero accesso all'istruzione. AMI ha collaborato nelle fasi del controllo e della definizione delle strategie. AVSI è subentrato nelle attività previste per Amici di Don Bosco	





Compilando la seguente tabella, riassumere la composizione dei beneficiari diretti sopra indicati:

BENEFICIARI DIRETTI PREVISTI <i>come da scheda di progetto approvata con delibera 37/2023/SG del 27 febbraio 2023, comunicazione CAI prot. CAI 0007046-P-04/04/2023</i>	RAGGIUNTI	% FEMMINE		% MASCHI		CRITERI e FONTI	
		PREVISTI	RAGGIUNTI	PREVISTI	RAGGIUNTI	PREVISTI	RAGGIUNTI
1598 MINORI	1126 MINORI	50%	50%	50%	50%	Criteri di calcolo: 120 minori portatori di handicap, 710 minori che ricevono assistenza sanitaria e/o partecipano al programma di lotta alla malnutrizione e/o hanno sostegno scolastico, 768 minori in famiglia che partecipano al programma di lotta alla malnutrizione Fonti di verifica: Elenchi dei minori, relazioni dei centri medici, relazioni dei formatori, relazioni dei nutrizionisti, certificazioni delle scuole e dei Centri. Elenchi dei minori che beneficiano di cure fisioterapiche e relazioni dei servizi di fisioterapia e ortopedia.	Criteri di calcolo: 101 minori portatori di handicap, 645 minori che ricevono assistenza sanitaria e/o partecipano al programma di lotta alla malnutrizione e/o hanno sostegno scolastico, 380 minori in famiglia che partecipano al programma di lotta alla malnutrizione Fonti di verifica: Elenchi dei minori, relazioni dei centri medici, relazioni dei formatori, relazioni dei nutrizionisti, certificazioni delle scuole e dei Centri. Elenchi dei minori che beneficiano di cure fisioterapiche e relazioni dei servizi di fisioterapia e ortopedia. Relazioni del direttore. Ricevute. Documentazione fotografica.
1948 ADULTI	1184 ADULTI	50%	50%	50%	50%	Criteri di calcolo: 240 genitori di 120 minori portatori di handicap, 1536 genitori dei minori malnutriti che partecipano alla formazione e al programma di lotta alla malnutrizione, 82 genitori di minori curati nella zona di Mabaya (numero in difetto), 60 operatori delle Zones de	Criteri di calcolo: 202 genitori di 101 minori portatori di handicap, 760 genitori dei minori malnutriti che partecipano alla formazione e al programma di lotta alla malnutrizione, 28 genitori di minori curati nella zona di Mabaya, 29 persone



						<i>Santé e dei Relais communautaires, 30 educatori dei centri di accoglienza che beneficiano di formazione.</i> Fonti di verifica: <i>relazioni dei servizi di fisioterapia e ortopedia, dei professionisti che assistono le famiglie. Relazioni dei formatori.</i>	dello staff e dei collaboratori del progetto, 62 operatori delle Zones de Santé e dei Relais Communautaires, 30 operatori delle strutture riconosciute dal Ministero, 73 educatori e volontari dei centri di accoglienza che beneficiano di formazione. Fonti di verifica: relazioni dei servizi di fisioterapia e ortopedia, dei professionisti che assistono le famiglie. Relazioni dei formatori. Relazioni del direttore. Documentazione fotografica.
TOTALE: 3546	2.310	(50%)	50%	(50%)	50%		

Allegato 8
Rapporto descrittivo

5. COMUNICAZIONE E VISIBILITA'

COMUNICAZIONE E VISIBILITA':

Il progetto presterà particolare attenzione all'aspetto comunicativo, per due ragioni. La prima, la necessità impellente di creare nella RDC una cultura di attenzione ai minori, in particolare quelli handicappati, e di combattere credenze e pratiche aberranti (la c.d. sorcellerie). La seconda, l'urgenza di diffondere in Italia, attraverso la conoscenza dei risultati del progetto e dell'azione di cooperazione, la "sensazione del possibile", e cioè la percezione dell'utilità e dell'efficacia strutturale, e non meramente occasionale, delle azioni di cooperazione e di chi le supporta. Strumento indispensabile per raggiungere questi scopi sarà la costruzione e manutenzione di un sito web. Gli enti partner pubblicheranno sui propri siti (e sulle proprie pagine facebook) una sintesi del progetto, e un link al sito principale. Il piano di comunicazione prevede che, negli incontri destinati agli operatori di Zones de Santé e relais, nonché alle famiglie dei quartieri\città dove lavorerà il progetto, siano esposti i risultati delle attività, dando adeguata visibilità al finanziamento. Saranno in ogni caso affrontati anche i temi più sensibili e delicati, nella RDC, quali il legame di sangue e l'appartenenza etnica. La diffusione di una cultura della solidarietà e dell'utilità\efficacia dell'intervento troverà uno strumento in uno\più video che il Direttore del progetto e il Responsabile del progetto realizzeranno e monteranno, al fine di darvi rilievo sui siti web, tramite social e in ogni occasione in cui sarà possibile procedere alla loro proiezione in Italia in situazioni informali (incontri, riunioni, seminari) organizzati dagli enti partner. I video saranno proposti ai presidi delle scuole superiori delle città dove gli enti hanno sedi e ai conduttori di programmi di approfondimento delle televisioni a diffusione nazionale (RAI, canali Mediaset, La 7, e altre). Alle campagne web si affiancheranno iniziative locali come: l'organizzazione di eventi di apertura e chiusura delle attività dove verranno invitati stakeholder, esponenti delle autorità locali, la popolazione locale, la realizzazione di campagne di informazione sul progetto. I materiali di comunicazione del progetto recheranno il logo del donatore, dei partner e dei soggetti locali

COMUNICAZIONE E VISIBILITA'

Il sito internet dedicato al progetto è on line sino dal primo giorno delle attività. Contiene le informazioni fondamentali, i testi del progetto, gli aggiornamenti, le notizie, le foto. Alla sua realizzazione hanno contribuito alcuni attori\scrittori (Carlo Lucarelli, Valeria Parrella, Mario Perrotta, Paola Roscioli) che, oltre a svolgere una funzione di testimonial, con la narrazione e i video rendono più fruibile e gradevole l'informazione. Al sito si accede anche attraverso i link sulle pagine di NOVA degli Enti partner, nonché sulle pagine Facebook. Tutte le comunicazioni contengono altresì l'indirizzo web.

Anche l'inizio del progetto, e le sue fasi essenziali, hanno trovato un riscontro nelle pagine web degli Enti. Il sito è costantemente aggiornato.

E' stato realizzato un video che ha avuto diffusione attraverso il sito web del progetto e quelle degli Enti partner. Inoltre, è stato proiettato nel corso di incontri pubblici, tra i quali un incontro tenutosi a Torino il giorno 19 aprile alla presenza del direttore (in Italia per un periodo di ferie) e del responsabile del progetto (oltre che di 52 persone - F16). E' stato realizzato un breve intervento, in forma di intervista, su una radio (Grifoni Online) e una TV (TeleNord). Il direttore ha tenuto un intervento all'Università I.u.s.t.o. di Torino, scienza della formazione, in data 24.4.2024, nonché un intervento alla scuola per italiani residenti a Barcellona in data 17 marzo (da replicare in data 3 maggio) (all F17)

Nel corso della formazione dello staff, del personale delle Zones de Santé, dei Relais Communautaires, delle famiglie, si è sempre dato conto delle azioni del progetto, dei suoi obiettivi, dei suoi principi regolatori, della natura del finanziamento ottenuto e dei soggetti finanziatori. In particolare, in ogni gruppo di discussione destinato a qualsivoglia beneficiario, sono sempre stati affrontati, in quanto collegati con il tema dell'handicap, le problematiche legate ai legami di sangue e tribali



Allegato 8
Rapporto descrittivo

6. CRITICITA' RISCONTRATE

Una prima difficoltà, particolarmente temuta, ha tuttavia avuto un'incidenza ben inferiore a quanto atteso: si parla della coincidenza dell'avvio delle azioni del progetto con la campagna elettorale che ha portato alle elezioni presidenziali del dicembre 2024. Solo in alcune zone (ad esempio Kananga) ciò ha comportato un certo contenuto ritardo nell'inizio delle attività, seppure nei limiti previsti dal cronogramma.

Una difficoltà "strutturale", inerente l'armonizzazione delle direttive CAI e l'impegno a garantire la totale tracciabilità dei flussi finanziari con le modalità di pagamento in uso nella RDC (scarsissima diffusione dello strumento bancario e dell'uso del conto corrente, altissimi costi delle transazioni) è stata risolta definendo, in piena collaborazione e con l'avallo della Commissione, anche sulla scorta dell'esperienza maturata con il progetto "in gamba, ragazzi" terminato il 31.12.2022, forme e modi dei pagamenti relativi ad ogni singola voce di budget.

Le richieste di variazione del budget hanno avuto motivazioni legate, soprattutto, a ragioni di carattere finanziario (le modifiche dei prezzi e del cambio euro\dollaro) ovvero a situazioni contingenti: ad esempio il fatto di aver dovuto installare le coltivazioni comunitarie, a Kinshasa, in una località diversa da quella prevista, che aveva caratteristiche (qualità del terreno) differenti, e dunque imponeva un diverso trattamento.

Per il resto, il progetto è proseguito in modo più che soddisfacente, nei binari tracciati dalle indicazioni di carattere generale date dalla Commissione, da quelle che derivano dalle risposte a FAQ, e da quelle che sono state rassegnate a seguito delle richieste di chiarimenti e di varianti.

In data 8 aprile 2024 si è sviluppato un incendio all'Istituto Colk, che ha distrutto l'intero primo piano di uno edificio (quello dove dormivano gli ospiti maschi più grandicelli). I ragazzi hanno dunque perduto tutto, e sono andate distrutte anche le scorte alimentari, i letti, i materassi e la biancheria. L'Istituto ha garantito ai minori una sistemazione di fortuna. NOVA è immediatamente intervenuta, con fondi propri, per gli acquisti dei beni di prima necessità (soprattutto, alimenti) e si è fatta carico di una raccolta fondi tra i soci, che ha portato a una somma di circa 45.000,00 euro al 30 aprile, sufficiente a finanziare la ristrutturazione dell'edificio, che pertanto è già iniziata. Colk non solo è beneficiario delle attività di formazione, di sorveglianza sanitaria e del sostegno alla scolarizzazione per i suoi ospiti (circa un centinaio) ma è anche un collaboratore affidabilissimo per quanto riguarda il programma di lotta alla malnutrizione (avendo messo a disposizione i locali e il personale per la distribuzione dei kit e i rapporti con le famiglie). L'incendio ha dunque creato difficoltà logistiche, non insuperabili.

Allegati al Rapporto

- 1 All a-am) copia contratti di lavoro e collaborazione
- 2 All D1-D5 dichiarazioni
- 3 All M1-M8 rapporti di monitoraggio e verbali riunioni
- 4 F1-F17 Documentazione fotografica
- 5 Copia dei documenti che costituiscono fonti di verifica (relazioni dei servizi, rapporti, dichiarazione delle scuole e dei centri partner)
- 6 Elenco degli allegati

Bologna-Grugliasco, il 15.5.2024

Massimo Vaggi
Presidente di NOVA e responsabile del progetto



7. RENDICONTO CONTABILE PROVVISORIO (INDICATIVO DI QUANTO SPESO, IN DIFETTO)

Sintesi delle categorie di spesa	Costo totale	Costo %	Contributo CAI	Contributo finanziario dell'EA Coordinatore	Contributo finanziario degli EEAA partner	Contributo finanziario di eventuali altri soggetti
1. Risorse umane	285.172,91	41,52%	69.452,13	8.492,76		0
2. Spese per la realizzazione delle attività	325.319,00	47,37%	126.453,33	14.482,06		3.322,09
3. Informazione e comunicazione	3.000,00	0,44%	1.500,00	0		0
4. Revisore dei conti (2%) del totale	12.000,00	1,74%	0	0		0
TOTALE			197.405,46	22.974,82		3.322,09
Costi Indiretti max 10%	61.349,19	8,93%	22.406,06	0		0
TOTALE GENERALE	686.841,10	100%	219.811,52	22.974,82		3.322,09

IL PRESENTE RAPPORTO È COMPOSTO DA 47 PAGINE

Massimo Yaggi
Presidente di NOVA e responsabile del progetto

