

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 per il periodo 1.11.2023 – 30.04.2025

- le azioni e gli obiettivi come descritti corrispondono a quanto effettivamente realizzato.
- le spese rendicontate sono al netto di IVA, salvo quelle relative alla fattura emessa in Italia di cui ai numeri 493 e 914 voce D1 della rendicontazione contabile (RUC), con riferimento alla quale si rilascia e allega dichiarazione di non recuperabilità dell'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 la 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 2025 ed effettuate in contanti, per un importo di euro 56.648,48, riguardano acquisti di generi alimentari, medicinali, strumenti di modico valore, rimborso di vitto e alloggio dei rappresentanti RECO. L'importo massimo di una spesa in contanti è stato di euro 1.867,35 (ricevuta n. 374). Il motivo, volta per volta indicato con dichiarazioni di accompagnamento, consiste nella qualità del fornitore: es. 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 sono allegati al rapporto annuale 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 Impôts). 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



2

bancario da NOVA al consulente, e da questi in contanti allo sportello bancario. Si è allegata al rapporto annuale 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 (alla cassa) nel ressort dove è gestito”* e ciò al fine di evitare *“il pagamento per bonifico bancario”*. Si è inoltre allegata al rapporto annuale una dichiarazione del Consulente contabile e finanziario che conferma le modalità di pagamento (D2).

- I beni mobili acquistati con i fondi del progetto sono stati trasferiti, come da impegno assunto con la dichiarazione datata 5.4.2023 e allegata alla convenzione 1.8.2023, al soggetto locale AMKA (auto) e all'Istituto di accoglienza AFDECO (all. D8 e D9)
- Si allega l'elenco delle spese sostenute

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

Bologna-Grugliasco, il 12.6.2025

Allegato 8
Rapporto descrittivo

2. INFORMAZIONI SUL PROGETTO

3

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 pecassociazionenova.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 (ora CIAI), 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., PFUDU 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, EDUCAZIONE, DISABILITA'	
Data avvio attività 1.11.2023 data conclusione attività 30.4.2025	
Durata progetto 18 mesi	
Costo complessivo finanziabile: 686.841,10 ;speso: euro 703.119,07 ;ritenuto ammissibile (salva diversa valutazione CAI)euro 682.523,98	
Finanziamento CAI previsto: euro 652.499,04 ; ritenuto ammissibile: 648.397,80	
Contributo EA Coordinatoreprevisto: euro 27.842,06 ; su quanto ritenuto ammissibile euro 27.626,20 (totale complessivo pari al 5%)	
Contributo EA partner e/o altri Soggetti partner euro 6.500,00	
Data erogazione 1 ^a tranche/acconto 09/11/2023	Importo 260.999,62
Data erogazione 2 ^a tranche Importo	
Obiettivo generale del Progetto <i>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</i>	
Obiettivi specifici del Progetto <i>Os1Migliorare 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>	
<i>RICHIESTE DI VARIAZIONE ED ESTREMI ATTO DI APPROVAZIONE CAI</i>	
1) comunicazione variazione unilaterale 27.11.2024 2) comunicazione variazione unilaterale 5.2.2025 3) comunicazione variazione unilaterale 12.2.2025 4) comunicazione variazione unilaterale 19.4.2025ris. 4 5) comunicazione variazione unilaterale 9.5.2025ris. 2 6) comunicazione variazione unilaterale 9.5.2025 ris 3 7) comunicazione variazione unilaterale 10.5.2025 ris 6	
1) richiesta di variazione di minore impatto delle voci di budget 02.11.2023, approvata dal Comitato di Monitoraggio con delibera rif. CAI 0021491-A-21/11/2023 2) richiesta di variazione di minore impatto delle voci di budget 26.1.2024, approvata dal Comitato di Monitoraggio con delibera rif. CAI 0001633 - A-26.01.2024 – CAI 0002172 – A - 06.02.2024 3) richiesta di variazione di minore impatto delle voci di budget 29.7.2024, approvata dal Comitato di Monitoraggio con delibera rif. CAI 0013177 - A-29.07.2024	

- 4) richiesta di variazione di minore impatto delle voci di budget 13.12.2024, approvata dal Comitato di Monitoraggio con delibera rif. DIPOFAM-0006357-A-13/12/2024
- 5) richiesta di variazione del budget 30.12.2024, approvata dalla Commissione per la Adozioni Internazionali con delibera del 12 febbraio 2025 14/25/SG
- 6) richiesta di variazione di minore impatto delle voci di budget 12.2.2025, approvata dal Comitato di Monitoraggio con delibera rif. DIPOFAM-0003629-A-12/02/2025
- 7) richiesta di variazione di minore impatto delle voci di budget 28.2.2025, approvata dal Comitato di Monitoraggio con delibera rif. DIPOFAM-0005499-A-28/02/2025
- 8) richiesta di variazione di minore impatto delle voci di budget 28.3.2025, approvata dal Comitato di Monitoraggio con delibera rif. DIPOFAM -0008407-A-28/03/2025
- 9) richiesta di variazione di minore impatto delle voci di budget 17.4.2025, approvata dal Comitato di Monitoraggio con delibera rif. DIPOFAM -0012494-P-09/05/25

Periodo di riferimento del rapporto: **dal 1.11.2023 al 30.4.2025**

Nome del Revisore contabile: dottoressa **Elisabetta Dalrio**, n. 125526 del Registro Revisori Contabili

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 CIAI) 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 faranno 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 Segumi e Amka opereranno un controllo diretto e costante sulle attività dei partner PFDU 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: PRIMO SEMESTRE.

I documenti relativi al primo anno e sotto numerati sono stati allegati al rapporto annuale.

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.

Sono stati allegati al primo rapporto semestrale i due documenti (nove mesi semestrale) relativi al periodo novembre 2023 \ aprile 2024 (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%).

SECONDO SEMESTRE

Il giorno 2 luglio si è svolta on line una riunione, nel corso della quale sono stati affrontati in particolari temi che riguardano i contenuti dei rapporti semestrali inviati, casistiche relative alla rendicontazione contabile, le modalità di certificazione del passaggio di consegna dei beni acquistati dal progetto (M12). In data 1.10 si è svolta un'ulteriore riunione (M14) alla quale il responsabile del progetto non ha potuto partecipare, ma i contenuti sono stati condivisi. 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 (M9, M13).

Nel mese di luglio un volontario NOVA si è recato nella RDC per una prima valutazione dei risultati (M10).

Nella data del 8 settembre il responsabile del progetto si è recato a Kinshasa, accompagnato dal responsabile della comunicazione e da un agronomo, con master in agricoltura tropicale e sub-tropicale, consulente dei progetti di cooperazione per l'Unione Europea, che si è occupato della valutazione dei risultati del progetto con particolare riferimento all'allestimento di coltivazioni comunitarie (all 307) e ha espresso un parere fortemente positivo.

Il responsabile ha inoltre visitato i centri di accoglienza (Aurore, Viviane, Afdeco, Colk), i servizi di fisioterapia, ortopedia e assistenza sanitaria alla Fondation Viviane, l'ambulatorio presso l'associazione Aurore, il centro medico ICS, e ha assistito alle operazioni di rilevazione dei dati antropometrici dei minori e di distribuzione dei kit alimentari, rassegnando un rapporto in M11.

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. Il direttore conferma che il controllo delle attività è avvenuto con la presenza diretta quanto alle attività svolte a Kinshasa, e con un continuo rapporto con i coordinatori provinciali di Kananga e Lubumbashi per quanto riguarda le azioni nei rispettivi territori.

TERZO SEMESTRE

Nei giorni 11\18 novembre 2024. Il direttore del progetto si è recato per un viaggio di monitoraggio a Lubumbashi, all'esito del quale ha dato dell'attività di Amka Katanga, partner locale, una valutazione "estremamente positiva sotto ogni punto di vista". Scrive che "ho avuto modo di osservare personalmente e apprezzare l'eccellente lavoro svolto dal personale del Centro di Salute, così come dai volontari e dalle volontarie che supportano le attività di AMKA e AMKA Katanga. L'attenzione e la cura dedicate alla comunità locale sono ampiamente ricambiate dalla fiducia che essa ripone in chi opera sul territorio. L'approccio integrato adottato in tutti gli ambiti di intervento consente di ottenere risultati più capillari e incisivi sul lungo termine, difficili da tradurre pienamente nei numeri ma evidenti nell'impatto reale. L'intero team di AMKA Katanga si distingue per competenza e attenzione alle esigenze della comunità. Ogni membro contribuisce in modo significativo al benessere primario della popolazione. In particolare, spicca la figura di Flavie Umba, coordinatrice delle attività di AMKA Katanga, il cui ruolo è fondamentale per garantire l'efficace raggiungimento degli obiettivi del progetto" (all M15).

Analogo viaggio di monitoraggio era previsto per le date del 6\10 febbraio a Kananga, presso la comunità PFDU, ma non è stato possibile realizzarlo a seguito delle note e drammatiche vicende che hanno riguardato la Repubblica Democratica del Congo, di cui si darà conto nella sezione *"criticità"* che hanno imposto a scopo prudenziale il rientro anticipato dell'espatriato, come comunicato a codesta Commissione. Dal giorno 1° febbraio, come certifica il direttore nel suo rapporto in doc 478, il controllo sulle attività del progetto è stato svolto dal personale locale (in particolare il formatore, ma anche assistente sociale e consulente) con i quali il direttore è stato costantemente in contatto controllando i report e le ricevute, e predisponendo i rapporti conseguenti.

In data 4 febbraio si è svolta una riunione del coordinamento di enti OLA, come previsto dalla scheda di progetto, che ha principalmente riguardato: verifica dell'iter dei rapporti annuali, richieste di estensioni temporali delle attività, ammissibilità di determinate spese (M 16). In data 14.3.2025 (M18) si sono affrontati temi relativi ai rapporti contabili. Si allega la tabella raccolta dati del periodo sino al gennaio 25 (M17). I dati definitivi sono riportati nel presente documento.

Allegato 8
Rapporto descrittivo

4. RAPPORTO DESCRITTIVO DI FASE

8

RISULTATI RAGGIUNTI, AZIONI, INDICATORI, ATTORI E BENEFICIARI.

RISULTATO ATTESO 1: (comune aOS1, 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 (n.d.r. 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 (28 persone, dipendenti e collaboratori), 62 operatori delle Zones de Santé e dei Relais, 30 operatori delle strutture riconosciute dal Ministero, 73 operatori e volontari dei centri di accoglienza, 836 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 delle iniziali proposte elaborate dal Project Manager e dal Formatore, saranno poi articolati i modelli e i formulari di rilevazione dati e di 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	PRIMO SEMESTRE. 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(allz,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 ulteriore, 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 Anaclet 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. 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 *"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". Dai questionari si evince che il 100% degli intervistati ha migliorato le proprie competenze (all38, valutazione del direttore del progetto). SECONDO SEMESTRE. L'azione, in quanto strutturata in eventi formativi, si è sostanzialmente esaurita nel corso del primo semestre. Il direttore e i coordinatori, nel secondo semestre, hanno aggiornato puntualmente i contenuti della formazione nell'attività quotidiana e nel corso di riunioni di coordinamento. TERZO SEMESTRE. L'azione, in quanto strutturata in eventi formativi, si è sostanzialmente esaurita nel corso del primo semestre. Il direttore e i coordinatori, nel terzo semestre, hanno aggiornato puntualmente i contenuti della formazione nell'attività quotidiana e nel corso di riunioni di coordinamento. Si segnala che il consulente del lavoro, come ha fatto all'inizio del progetto, attesta che il costo orario delle dipendenti Cinzia Bertonecelli ed Eleonora Scabbia nel mese di aprile 2025 è aumentato, in ragione di un intervenuto adeguamento della contrattazione collettiva (D6 e D7).
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 ha operato in 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: all1-7R1 Att. 1) schede tecniche; all9R1 Att. 1) rapporto del coordinatore e registro presenze; all25R1 Att. 1) rapporto del responsabile del progetto e registri presenza, all.19-22R1 Att. 1.2) rapporti del medico CCWW e registri presenze; all26R1 Att. 1), rapporto del coordinatore Kananga; all27R1 Att. 1) rapporto formatore AVSI; all. 36 e 37R1 Att. 1) risultati test e registri presenza all38R1 Att. 1) rapporto di valutazione dei questionari; all52R1 Att. 1) rapporto del direttore; all.56 e 57R1 Att. 1) certificati di formazione, all 65R1 Att. 1) note sulla formazione psicosociale;

all106R1 RAPPORTI COORDINATORI, rapporto del coordinatore Kananga

Documentazione fotografica, F2, F3, F5, F6 e in all.106R1 RAPPORTI COORDINATORI

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 5 dipendenti o collaboratori Amka Katanga a Lubumbashi, 3 collaboratori PFDU a Kananga)

3 collaboratori dei centri di accoglienza coinvolti nelle azioni del progetto che hanno partecipato alla formazione in materia psicosociale a Kinshasa e 5 a Lubumbashi (direttori delle scuole, dipendente Amka, animatori sociali).

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

	Beneficiari previsti	Beneficiari raggiunti	delta
Staff del progetto	Nd.	28	
Operatori Zones de santé	Cfr attività successiva		
Operatori Relais communautaires	Cfr attività successiva		

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 residua 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, Cellule 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, Aurora). 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 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	PRIMO SEMESTRE. 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 NgbozaWehohanu 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 NgbozaWehohanu 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 di 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 formazione	Eventi 28\11 – 1\12*
Kinshasa	9	19
Lubumbashi	9	
Kananga	2	

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

*cfr infra

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 LuambuaKatai e della dottoressa NtumbaLusamba 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 FatumaBindela. 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 (all68). 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 LuambuaKatai e della dottoressa Ruth NgbozaWehonanu (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 FatumaBindela ha proposto un breve intervento sul tema dei diritti dei minori, all.66)

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 HippoliteKapanga, 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 incentrata 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 FatumaBindela ha proposto un breve intervento sul tema dei diritti dei minori, all.66)

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.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 quattrosessioni 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 (all30).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, Aurore) 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. SECONDO SEMESTRE. L'azione, quanto alla realizzazione delle sessioni di formazione, si è sostanzialmente esaurita nel corso del primo semestre. E' invece proseguita l'attività di supervisione e controllo del direttore, dei coordinatori provinciali e dei formatori 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 continua" su aspetti che necessitavano di correzioni. TERZO SEMESTRE. L'azione, quanto alla realizzazione delle sessioni di formazione, si è sostanzialmente esaurita nel corso del primo semestre. E' invece proseguita l'attività di supervisione e controllo del direttore, dei coordinatori provinciali e dei formatori 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 continua" 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 19 (sessioni) e 55 (eventi) 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.

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

Kananga:

2 giornate di formazione

Operatori delle Zones de Santé 2

Operatori dei Relais 8

Tutti gli operatori dei centri e molti volontari hanno partecipato.

Tutti i partecipanti (100%) hanno migliorato il proprio livello di conoscenze

FONTI DI VERIFICA:

R1 att. 1.1, all 1-7: schede tecniche

RAPPORTI COORDINATORI:all 24,30

Kinshasa, 6-9 novembre: fogli di presenza (**R1 att. 1.2:**all. 10), rapporti del direttore, del medico incaricato, dell'assistente sociale (**R1 att. 1.2:** all 10) questionari, valutazione dei questionari (**R1 att. 1.2:** all. 11,12,13,14,48,49,50,51), fotografie (F5,F6,F7,F8).

Kinshasa 27 novembre – 1° dicembre: fogli presenza e rapporti del medico incaricato CCWW (**R1 att. 1.2:**all19-22), del formatore (**R1 att. 1.2:**all 66), dell'avvocato, (**R1 att. 1.2:**all. 68)

Lubumbashi 2-9,10-13 e 20-23 novembre:**R1 att. 1.2:** all 31,32,33,34,35

Kananga 15\16dicembre: verbale formazione (**R1 att. 1.2:**all. 78), rapporto del coordinatore in**RAPPORTI COORDINATORI:** all 106

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 operatoridelle Zones (20) e dei Relais (42) 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

	Beneficiari previsti	Beneficiari raggiunti	delta
--	----------------------	-----------------------	-------

Operatori Zones de santé	20	20	+0%
Operatori Relais Communautaires	40	42	+5%
Operatori dei Centri	30	73	+143%
Personale dei Ministeri	NP	30	
Operatori delle Zones e dei Relais agli eventi	NP	55	

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	La formazione delle famiglie che hanno terminato il programma PRIMO SEMESTRE. 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. Si tratta di un programma di otto sessioni (argomenti), come da
-----------------	--

schema che segue e in esecuzione di quanto previsto dalla scheda di progetto relativa all'attività 1.3 e al suo all. 26.

	n. rencontres	Personnel
1.1. Malnutrition: l'eau et son traitement	1	Nutritionniste ou médecin ou formateur
1.2. Malnutrition : les aliments et la nutrition adéquate		
1.3. Malnutrition: les symptômes de la malnutrition	1	Nutritionniste ou médecin ou formateur
1.4 Malnutrition: comment traiter les aliments, et comme les combiner		
2.1. Santé. Les maladies endémiques : symptômes et prévention	1	Médecin (ounutritionniste)
2.2. Santé. Hygiène personnelle	1	Médecin (ounutritionniste)
3.1. Les enfants sorciers: origine de le handicap	1	Assistent social ou formateur
3.2 Le droit à l'étude et l'émancipation	1	Assistent social ou formateur

Alcuni argomenti, tuttavia, in quanto necessitavano di meno tempo di discussione, potevano essere proposti nel corso della stessa giornata. (es. il diritto allo studio).

Per quanto riguarda il primo gruppo, 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, all 216) 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 nei mesi di febbraio e marzo (all. 167, 168, 204).

Il secondo gruppo di 10 famiglie ammesse al programma alla Fondation Viviane nel mese di febbraio (all 132, 133 e 171) ha ricevuto la formazione prevista.

Il secondo gruppo di 119 famiglie iniziali (si precisa il dato del primo rapporto in ragione dei verbali ricevuti, cfr infra, azioni successive) ammesse a Kinshasa al programma nel mese di aprile ha iniziato la formazione nello stesso mese e l'ha proseguita nei successivi (all 216, 217, 248, 249), sino a completarla nel mese di luglio.

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 i minori che non hanno famiglia e vivono negli istituti**, e dunque 5 ad Afdeco e 2 a Colk, per il primo gruppo (e 4 ad Afdeco, 1 a Colk per il secondo, cfr. azione successiva) e quelli le cui famiglie sono state escluse dal programma (cfr azione successiva).

Oltre che nelle sedi previste (sessioni di formazione) occorre segnalare che i medici convenzionati (Kilimani, ICS, Aurore), il direttore, il formatore e l'assistente sociale 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, 206, 207).

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, 205, 210). 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 (all 211). Altre 40 famiglie hanno iniziato la formazione in data 29.4.2024 (due sessioni, all. 182 e 183). Un dato interessante, rilevato a latere dell'indagine sulle condizioni delle famiglie, è quello relativo al livello di studio (il 15% del partecipante ha seguito studi superiori) e alla professione (il 10% sono agenti dello Stato). Ciò nonostante, l'80% delle famiglie è stato vittima di insicurezza alimentare e la situazione dei minori si presenta generalmente critica se non estremamente critica (all 212), il che sottolinea, se ce ne fosse bisogno, che la piaga della malnutrizione non è riservata alle sole famiglie in condizioni di povertà assoluta.

SECONDO SEMESTRE.

Le attività di formazione delle famiglie dei minori già ammessi al programma di lotta alla malnutrizione sono proseguite senza presentare criticità da segnalare (cfr. tabella relativa al primo semestre, secondo gruppo). Nei mesi di maggio (all 248) e giugno (all. 266) è proseguita la formazione del secondo gruppo di famiglie a Kinshasa, ivi comprese quelle che nel mese di maggio hanno sostituito quelle escluse dal programma. Nel mese di luglio la formazione è stata completata (all. 266, 268).

Il direttore, nel rapporto mensile (all 248, all. 266, all 300) 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.

Si segnala che 14 famiglie del secondo gruppo di Kinshasa (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, vengono detratte dal numero dei beneficiari.

A Lubumbashi, il giorno 15 maggio e cioè in corrispondenza della distribuzione di kit alimentari, per il quarto di gruppo di 8 famiglie è proseguita la formazione (all. 226, rapporto del coordinatore provinciale, all 232 e 233), che è continuata il giorno seguente con un'ulteriore sessione (all 226, 232 e 233).

Il giorno 10 maggio è iniziata la formazione per il quinto gruppo di 17 famiglie (all 226), proseguita poi in giugno (all 263, 264), in luglio (all 278 e 298) e terminata in agosto (all 351).

Il giorno 6 giugno è iniziata per il sesto gruppo di 10 famiglie (all 257). E' continuata il 9.7 (all 279 e 298) e poi in agosto e settembre (all. 352, all. 357).

Nel mese di luglio è iniziata la formazione per il settimo gruppo di 28 famiglie, terminata in ottobre (all 344, 359, 377).

A Kananga è proseguita l'attività di formazione per il secondo gruppo (all 182, 183).

La formazione ha dunque riguardato complessivamente il seguente numero di famiglie (con l'avvertenza che alcune famiglie non hanno partecipato a tutte le sessioni di formazione, cfr. verbali di presenza e distribuzione dei kit):

	Primo gruppo	Secondo gruppo	Terzo gruppo	Quarto gruppo	Quinto gruppo	Sesto gruppo	Settimo gruppo	Totale
Kinshasa Aurore	24	33						57
Kinshasa Colk*	13	20						33
Kinshasa Afdeco*	10	23						33
Kinshasa ICS	23	25						48

Kinshasa FV	34	15							49
	0	0							
Lubumbashi	13	18	14	8	17	10	28		108
	0	0							0
Kananga	40	40							80
TOTALE	157	174	14	8	17	10	28		408

**detratto dal numero dei minori che hanno partecipato al programma quello degli ospiti di Colke (3) e di Afdeco (9)*

Pertanto, hanno partecipato alla formazione, **terminandola, 408** famiglie. Le 14 famiglie dei minori che nel primo semestre, a Kinshasa, sono state seguite direttamente dai centri medici (in condizioni di MAS, cfr. azione successiva 2.2) non hanno partecipato alle sessioni di formazione in quanto le distribuzioni dei kit sono state effettuate direttamente dagli Ospedali. Hanno pertanto ricevuto una formazione specifica, commisurata alla gravità delle condizioni dei figli.

La formazione delle famiglie che hanno iniziato il programma ma non l'hanno terminato alla data del 31.10.2024

Nel mese di agosto a Kinshasa hanno iniziato la formazione le ulteriori seguenti famiglie del terzo gruppo di Kinshasa: 100 iniziali (all 317), e altre che si sono aggiunte in corso di esecuzione (all 308,309,362,363,373), sino a un totale di 104.

A Lubumbashi in agosto è iniziata la formazione per l'ottavo gruppo di 7 famiglie (all 344,359, 383), in settembre per un nono gruppo di 16 famiglie (all 359) per poi proseguire in settembre e ottobre. In ottobre è iniziata per ulteriori 13 famiglie (all 375). I verbali completi per questi ultimi gruppi, costituiti da unico documento per ogni gruppo, saranno allegati una volta terminate le sessioni.

A Kananga è iniziata la formazione per il terzo gruppo di famiglie (all 240,353). Con il rapporto finale saranno allegati ulteriori registri\verbali di formazione.

Questo sotto il prospetto delle famiglie che hanno partecipato alla formazione (anche senza terminarla)

	Primo gruppo	Secondo gruppo	Terzo gruppo	Quarto gruppo	Quinto gruppo	Sesto gruppo	Settimo gruppo	Ottavo gruppo	Nono gruppo	Decimo gruppo	Totale
Kinshasa Aurore	24	33	36								93
Kinshasa Colk*	13	20	20								53
Kinshasa Afdeco*	10	23									33
Kinshasa ICS	23	25	33								81
Kinshasa FV	34	15	15								64
											0
Lubumbashi	13	18	14	8	17	10	28	7	16	13	144
	0	0									0
Kananga	40	40	40								120
	0	0									0
TOT.	157	174	158	8	17	10	28	7	16	13	588*

**oltre 14 nel primo semestre e 6 nel secondo che hanno ricevuto formazione specifica dai centri medici ICS e Kilimani, in occasione dei ricoveri dei figli per MAS e dei successivi controlli e distribuzione kit, cfr. infra. Non vengono considerate nel numero dei beneficiari in quanto la formazione, centrata sui temi della salute, non è stata completata su tutti gli altri*

Il numero delle sessioni, che tuttavia potrà essere precisato meglio al termine della formazione di ogni gruppo interessato, risulta essere di 24 a Kinshasa, 17 a Lubumbashi, 4 a Kananga (45 in totale)

La valutazione della progressione delle conoscenze.

Il progetto prevedeva la somministrazione di questionari all'inizio e al termine della formazione. Come a ciò espressamente autorizzati dal RUP con mail 2 gennaio 2024, è stato deciso di farli sottoporre oralmente dal direttore o dai formatori nel primo colloquio con le famiglie: molte di esse, infatti, non scrivono o parlano correttamente francese, e molti genitori sono analfabeti. Gli organi del progetto hanno dato in seguito una valutazione delle risposte, e tali report (cfr mail sopra citata) costituiscono fonti di verifica dell'efficacia della formazione.

Quanto alla verifica dei dati quantitativi/qualitativi degli esiti della formazione, si rammenta che 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 i 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%). Con riferimento a un campione di 768 famiglie (come previsto dalla scheda di progetto), un numero di questionari pari a 461 (60%) 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 dell'intero progetto, il primo e più rigoroso parametro. Come sopra si ricordava, le famiglie che hanno terminato la formazione nel primo anno sono state 408, e i questionari 256, pari al 62%.

Il primo questionario è stato somministrato inizialmente 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 di Kinshasa, 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. Le risposte del secondo gruppo di famiglie di Kinshasa (all 199, 271), confermano da un lato la scarsissima conoscenza di elementi di base da parte delle famiglie: in particolare sono impressionanti i dati secondo i quali 1 famiglia ha risposto esattamente alla domanda: per vincere la malnutrizione *"è sufficiente mangiare di più"*, 2 famiglie su 10 alla domanda: la propagazione della febbre tifoide avviene per contatto con una persona malata, e solo 5 su 100 alla domanda: *"l'origine dell'handicap è sociale, sanitaria ed etnica"*. Il direttore e il formatore, nel loro rapporto, segnalano la situazione molto difficile, e che *"nelle comunità in cui operiamo sono radicate credenze profonde che attribuiscono cause spirituali o morali alle disabilità, che possono contrastare con l'interpretazione più clinica o sociale proposta durante la formazione. Mentre la formazione può introdurre nuove idee, l'accettazione e l'integrazione di questi concetti richiedono tempo e spesso un supporto continuativo, che può essere difficile da mantenere in ambienti a risorse limitate"*. Al termine della formazione, l'incremento delle risposte esatte è esponenziale, sino a raggiungere il 100% di quelle corrette su determinate questioni (es. le conseguenze della malnutrizione sulla crescita psico-fisica). Il direttore aggiunge che *"alcune domande hanno mostrato variazioni percentuali estremamente elevate a causa delle basse percentuali di risposte corrette pre-formazione. Questo dimostra che c'era un grande margine di miglioramento e che la formazione ha efficacemente colmato alcune lacune critiche di conoscenza"*.

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). Le risposte delle **8 famiglie** di Lubumbashi del quarto gruppo (all 226 e 227) denotano, come ormai si è abituati a dover rilevare, un livello di conoscenze iniziale decisamente basso. I "*je ne sais pas*" prevalgono assolutamente (con percentuali del 100% su alcune risposte, l'origine dell'handicap, l'esistenza di una legislazione sulla tutela dei diritti dei minori, all 227). Al termine della formazione si può constatare un deciso incremento delle conoscenze in tutti gli ambiti (anche se permangono alcune lacune, che si concretano in altrettanti "*je ne sais pas*", ma non si registrano risposte scorrette). Il quinto gruppo di **17 famiglie** ha registrato prima della formazione un'alta percentuale di risposte scorrette o di "*je ne sais pas*" (ad esempio tutte le famiglie hanno dichiarato di ignorare se ci siano o meno, nella RDC leggi a tutela dei diritti dei minori, e il 71% ha dichiarato di non sapere se la malaria e la malnutrizione sono o meno le più diffuse malattie) che si è notevolmente ridotta al termine della formazione (max di risposte inesatte il 12% alla domanda n. 1 – all343). Il sesto gruppo di 10 famiglie ha registrato prima della formazione un'alta percentuale di risposte scorrette o di "*je ne sais pas*" (ad esempio il 70% delle famiglie ritenevano che per vincere la malnutrizione era sufficiente mangiare di più) che si è notevolmente ridotta al termine della formazione (max di risposte inesatte il 20% alla domanda n. 10 – all. 358). Il settimo gruppo di 28 famiglie ha registrato analoga percentuale di risposte scorrette o di "*je ne sais pas*" (il 54% delle famiglie ritenevano che per vincere la malnutrizione sia sufficiente mangiare di più) che si è notevolmente ridotta al termine della formazione (max di risposte inesatte il 7% alla domanda n. 6 – all. 379). I questionari somministrati e valutati sono **stati 256**, su un totale di famiglie che hanno **terminato** la formazione di **408** (pari al 62,75%).

TERZO SEMESTRE.

La formazione delle famiglie

Si deve preliminarmente dare atto che nel mese di novembre, dopo l'inoltro del rapporto annuale, è stato consegnato il report del coordinatore provinciale di Kananga relativo al periodo luglio\ottobre 2024, nel quale dà atto del proseguimento delle attività di formazione per le famiglie del terzo gruppo (all. 387).

Si allegano i verbali della formazione del secondo gruppo del mese di giugno (all 398) e del terzo gruppo di Kananga dei mesi di agosto, settembre, ottobre, novembre (all389, 393, 399). Si segnala, per una più agevole lettura dei documenti, che i cognomi e i nomi indicati sono quelli del minore o anche di chi riceve la formazione (padre o madre), e che i cognomi corrispondono a volte alla prima colonna (cognomi dei bambini) o alla seconda (cognomi dei padri o della madre) dell'elenco dei minori censiti: nel caso del secondo gruppo, ad esempio, all 116. In effetti, nella regione del Kasai centrale, il corrispondente del "*cognome*", che in francese si traduce "*nom de famille*", non esiste: ogni figlio ha un suo cognome, differente da quello del padre, eccetto se il padre ha deciso di dargli il proprio per qualche motivo personale o se si tratta di un cognome sigillato dalla tradizione secondo il tipo di nascita del bimbo.

Le famiglie del secondo e del terzo gruppo di Kananga sono già state considerate nel numero di beneficiari indicati nel rapporto annuale (588 famiglie).

Nel mese di dicembre è iniziata la formazione per il quarto gruppo di famiglie (all 423), proseguita in gennaio (all 452), in febbraio e marzo (all518, 519) e aprile (all 527)

Il coordinatore di Lubumbashi dà atto di aver terminato la formazione nel mese di novembre per le famiglie dell'ottavo gruppo (7famiglie, all 401) alla presenza del direttore Abel Borio, in missione di monitoraggio a Lubumbashi. Inoltre, dichiara di aver iniziato quella del nono gruppo (16famiglie) e del decimo (13famiglie) (all 395).

Le famiglie dell'ottavo, del nono e del decimo gruppo di Lubumbashi sono già state considerate nel

numero di beneficiari indicati nel rapporto annuale (588 famiglie)

Nel mese di dicembre è terminata la formazione del nono gruppo di **16** famiglie (all 445, 446). Nel mese di gennaio quella del decimo gruppo di **13** famiglie (all. 471). In febbraio le **16** famiglie dell'undicesimo gruppo (all 513)

Successivamente, hanno ricevuto formazione **20** famiglie del dodicesimo gruppo (all 514, 538), **20** del tredicesimo (all 559), **3** del quattordicesimo (all 515, 543), **30** del quindicesimo (all 560), **8** del sedicesimo (all 512, 550).

Nel mese di novembre è terminata la formazione quadrimestrale per il terzo gruppo di 104 famiglie di Kinshasa (all 403, 404)

Le famiglie del terzo gruppo di Kinshasa sono già state considerate nel numero di beneficiari indicati nel rapporto annuale (588 famiglie)

Nel mese di novembre è iniziata la formazione delle famiglie del quarto gruppo, continuando nei mesi di dicembre, gennaio (all 438, 439), febbraio (all. 460, 477). Si tratta di 111 famiglie (cinque famiglie del gruppo iniziale di 112 e finale di 116 sono state escluse dal programma).

Si allega una tabella riassuntiva del numero di famiglie che hanno ricevuto formazione (il numero nella prima riga corrisponde al "gruppo" di famiglie)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Tot
Kinshasa Aurora	24	33	36	36													129
Kinshasa Colk*	13	20	20	12													65
Kinshasa Afdeco*	10	23															33
Kinshasa ICS	23	25	33	39													120
Kinshasa FV	34	15	15	24													88
Lubum- bashi	13	18	14	8	17	10	28	7	16	13	16	20	20	3	30	8	241
Kananga	40	40	40	40													160
TOT.	157	174	158	159	17	10	28	7	16	13	16	20	20	3	30	8	836 *

*oltre 14 nel primo semestre e 6 nel secondo che hanno ricevuto formazione specifica dai centri medici ICS e Kilimani, in occasione dei ricoveri dei figli per MAS e dei successivi controlli e distribuzione kit, frinfr. Non vengono considerate nel numero dei beneficiari in quanto la formazione, centrata sui temi della salute, non è stata completata su tutti gli altri

La valutazione della progressione delle conoscenze

Nel mese di novembre, hanno terminato la formazione le 7 famiglie dell'ottavo gruppo di Lubumbashi (all. 401). Tutte hanno migliorato le proprie competenze, in modo più incisivo rispetto agli altri gruppi (3 risposte sbagliate e un "je ne sais pas" su 70 domande). La valutazione è che ciò derivi dal numero contenuto di partecipanti (all 396)

Le **16** famiglie del nono gruppo di Lubumbashi, all'esito della formazione, denotano un deciso miglioramento delle competenze: la percentuale di "je ne sais pas" passa dal 81% al 16%, e le risposte errate sono solamente quattro (all 442)

Le **13** famiglie del decimo gruppo, che rispondevano in modo errato ad alcune domande (n. 1 e n. 8) nella misura, del tutto insufficiente, del 54%, al termine della formazione denotavano un notevole miglioramento delle conoscenze (all 463).

Le **16** famiglie dell'undicesimo gruppo, che rispondevano prima della formazione in grande maggioranza di "non sapere" la risposta corretta alle domande, al termine denotavano un deciso aumento delle conoscenze (all 479).

Le **20** famiglie del dodicesimo gruppo, che rispondevano prima della formazione in grande maggioranza

	in modo incorretto o di “non sapere” la risposta alle domande, al termine denotavano un deciso aumento delle conoscenze (all509). Risultati analoghi ha dato il questionario sottoposto alle famiglie di 3 minori che, ricoverati per MAS nel mese di dicembre e dimessi in gennaio, hanno partecipato al programma di distribuzione dei kit in febbraio e marzo (all 511) Le 20 famiglie del tredicesimo gruppo hanno quasi sempre risposto “<i>je ne sais pas</i>” prima della formazione (all. 532) registrando un deciso aumento delle competenze alla fine. Analoghi risultati hanno dato i questionari distribuiti agli ultimi due gruppi di famiglie (rispettivamente di 30 e di 8) che, pur non completando il programma di sostegno alimentare, che proseguirà dopo il mese di maggio a carico di Amka (cfr azione successiva R2 att. 2.2), hanno invece terminato la formazione (all 533 e 534) Anche per quanto riguarda il terzo gruppo di famiglie di Kinshasa, nel mese di dicembre hanno terminato la formazione le 104 famiglie del terzo gruppo. A tutte è stato somministrato un questionario iniziale e finale, le cui risposte sono state valutate nel limite del 40% circa dei partecipanti (40 questionari). I risultati sono stati soddisfacenti: conclude la formatrice che “<i>il sondaggio evidenzia il successo della formazione nel migliorare la comprensione di temi cruciali, ma anche la necessità di approfondire argomenti più sensibili e culturalmente complessi, come le cause del handicap</i>” (all. 416) Infatti, se “<i>la percentuale di risposte corrette è aumentata notevolmente in tutte le domande, con miglioramenti più marcati nelle domande inizialmente meno comprese, come la domanda 10 (+61%) e la domanda 2 (+52%)</i>”, per quanto riguarda la tematica dell’handicap, anche se le risposte “<i>hanno registrato un progresso (+30%),... rimane l’utilità di un approfondimento ulteriore, dato che solo il 57% ha risposto correttamente dopo la formazione</i>”, mentre “<i>domande già relativamente ben comprese, come quella sull’acqua potabile (domanda 3), mostrano progressi più moderati (+23%), suggerendo che il pubblico aveva già una buona base su certi temi</i>”. I questionari somministrati e valutati nell’ultimo semestre sono stati 173, e in totale sono stati 429, su un numero di famiglie che hanno partecipato alla formazione di 836 (pari al 51,32%). Il 100% di queste famiglie ha migliorato le proprie competenze.
OUTPUT	Nel primo anno di progetto sono state realizzate 8 sessioni di formazione per ogni gruppo (19 gruppi) delle 408 famiglie che avevano terminato la formazione, e che hanno migliorato il livello delle competenze. Per un totale di 152 sessioni (inoltre, 45 sessioni per 8 gruppi che l’avevano iniziata senza terminarla). Nel terzo semestre è stata completata la formazione per tutte le famiglie che hanno partecipato al programma, che al termine dei 18 mesi di progetto sono state 836, divise in 38 gruppi. Il totale delle sessioni di formazione è stato di 304 (38 x 8). Si segnala che ulteriori 20 famiglie hanno ricevuto formazione direttamente dai centri medici (salute e malnutrizione), ma non vengono considerate nel numero dei beneficiari in quanto la formazione non è stata completata su tutti i temi previsti dal programma. La stabilizzazione delle conoscenze nelle famiglie modifica i comportamenti alimentari e garantisce un effetto positivo sulla comunità in cui sono inserite.

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:

Nel primo anno di progetto, sono state realizzate 8 sessioni di formazione per ogni gruppo (19) di famiglie che hanno terminato il programma (**408**). Per un totale di **152** sessioni (inoltre, 45 sessioni per 8 gruppi che l’avevano iniziata senza terminarla).

Nell’ultimo semestre è stata completata la formazione per tutte le famiglie che hanno partecipato al programma di lotta alla malnutrizione (**836**), divise in **38** gruppi. Il numero totale di sessioni è stato pertanto di **304** (38x8, se per “sessioni” si considerano gli argomenti) o di **228** (38x6, se per “sessioni” si considerano le date)

Tutte le famiglie che hanno partecipato al programma di distribuzione kit (856, cfr. attività 2.2) hanno beneficiato di formazione: 20 di queste solo sui temi propri dei centri medici che hanno seguito i loro figli durante i ricoveri per MAS. Il 100% delle famiglie ha migliorato le proprie competenze e conoscenze.

FONTI DI VERIFICA:

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

RAPPORTI COORDINATORI: n. 55,88,89,105, 106,136,139,162,169,195,216,226,248,257,317,344,346,360,387,404,478, 512

R1 att.1.3: 85,90,115,134,135,137,138,140,141,163,167,168,179,182,183,198,199,204,206,210,227,232,268,298,301,302,304,305, 308,309,343,351,353,357,358,362,363,373,377,379,383,389,393,395,396,398,399,401,403,416,423,439,442,445,452,463,471,477, 509,511,513,514,515,518,519,527,532,533,534,538,543,550,559,560

Si allegano anche in R2 att. 2.2 i verbali di ricevuta dei kit con sottoscrizione delle famiglie che attestano l'avvenuta formazione. Cfr attività 2.2

Si allegano anche in R1 att. 1.1: n. 1,2,3,4,5,6,7, schede tecniche

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:

836 famiglie di minori malnutriti hanno terminato la formazione (+20 che hanno beneficiato di formazione direttamente dai centri medici, e non vengono considerate nel numero dei beneficiari in quanto la formazione non è stata completata su tutti i temi)

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 previsti	TOTALE	delta
Minori	768	836	+8,9%
Famiglie	768	836	+8,9%

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, nella persona del dott. Franco Foschi, medico pediatra, 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: **868** 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. <i>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</i>
OUTPUT	<i>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</i>

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

PRIMO SEMESTRE

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. am) e in marzo, anche in considerazione del risparmio pro capite consentito dall'andamento favorevole del cambio euro\dollaro, si è aggiunta una persona nel quartiere di Taki Zala, così permettendo una maggiore penetrazione territoriale delle attività del progetto (all an)

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 24minori 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 sono stati esclusi dal programma per essere partiti, con le loro famiglie, verso altre località. La lista pertanto è stata aggiornata, sino al numero di 104(105 meno un ulteriore minore che non ha poi partecipato all'41).

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 10famiglie che fanno riferimento alla Fondation Viviane e 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 – poi diventanti 5, cfr infra - 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 33minori (all.150).

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

A seguito della mancata collaborazione di alcune famiglie, nel mese di maggio 10 minori della lista della Fondation Viviane sono stati sostituiti con altrettanti bambini (all 248, 249 e 250). In data 1° maggio 2024 sono state censite 10famiglie del quartiere Taki Zala (nelle vicinanze di Afdeco), poi inserite nel programma di distribuzione kit e sorveglianza (all 248 e 249).

Inoltre, come risulta dai rapporti del direttore, nel corso del semestre altri minori del secondo gruppo sono stati inseriti in ragione dell'urgenza: il numero totale di coloro minori che entrano a far parte del programma e sono "nuovi", a Kinshasa e per il secondo gruppo di famiglie, è stato complessivamente di **24** minori (cfr

azione successiva, lista minori secondo gruppo).

Infine, si deve considerare un numero di **14 minori** ricoverati per MAS e che non rientrano nelle liste, in quanto i centri medici hanno gestito direttamente la fornitura e la sorveglianza (cfr azione successiva)

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 e finanziatori, che ha portato a una somma di 48.014,00, sufficiente a finanziare la ristrutturazione dell'edificio, che pertanto è già iniziata (ed è stata terminata nel mese di settembre 2024). 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 (malnutritionaigueumoderée) e due (ma già sono stati cinque in dicembre, cfr. attività successiva) da MAS (malnutritionaigueusevère) (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).

Nel primo semestre sono stati censiti **433 minori, (di cui 12 nei centri)**. Inoltre, 14 minori ricoverati per MAS.

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.

SECONDO SEMESTRE

Nel mese di luglio 2024 sono stati inizialmente censiti e ammessi al programma: 24 minori alla Fondation Viviane, 19 a Colk, 31 a ICS, 32 ad Aurore (all. 281-284), per un totale di **106 famiglie**. Di queste, 100 hanno concretamente iniziato il programma (all 317, rapporto del direttore)

Per quanto riguarda la zona adiacente all'Istituto Afdeco, il programma ha raggiunto, con i primi due gruppi, la quasi totalità dei minori che presentavano le condizioni più critiche. E' stato pertanto deciso di non costituire un gruppo autonomo, ma di accorpate i minori individuati a quello che fa capo a ICS (che si trova molto vicino ad Afdeco) facendosi carico il progetto dei costi di trasporto. Si tratta di tre minori.

Nel corso della distribuzione di kit alimentari, e sino al 31.10.2024, si sono aggiunti altre famiglie, in numero di **20** (ma 10 sono state escluse) (all 309, 310, 311, 342,364,372 e rapporti mensili del direttore)

A Lubumbashi era stato censito un quinto gruppo di **17** famiglie, che ha iniziato la formazione e ha ricevuto la prima razione di kit alimentari il 10 maggio (all 226, all 231). Un ulteriore gruppo di **10 minori** è stato censito e ammesso al programma (prima distribuzione di kit il giorno 6 giugno, all 257). Nel mese di luglio sono stati censiti altri **28 minori** (all 291). Nel mese di agosto sono stati ammessi al programma **7 minori**: di questi, cinque già ospedalizzati per MAS (all 344). Nel mese di settembre **16** minori e in quello di ottobre **13** minori (all 375).

	A Kananga, nel mese di luglio, sono stati censiti 40 minori da ammettere al programma (all. 272). Nel secondo semestre sono stati censiti 126 minori a Kinshasa, 40 a Kananga, 91 a Lubumbashi. Il numero totale dei minori censiti è stato di 257 minori. Di questi, 55 hanno esaurito il programma e 202 non lo hanno terminato. Venticinque famiglie di quelle censite nel primo semestre sono state escluse dal programma (cfr tabelle azione successiva), e 10 nel corso del secondo. TERZO SEMESTRE Come sopra si ricordava, nel mese di novembre è stato consegnato il report del coordinatore provinciale di Kananga relativo al periodo luglio\ottobre 2024, nel quale dà atto del censimento di 40 famiglie di cui elenca nome e cognome (all. 387, che conferma all 272). In dicembre è stato effettuato il censimento di 40 minori della città di Kananga (all 424). Di questi, cinque si trovavano in condizione di malnutrizione severa (all 425,427) A Lubumbashi è stato censito l'undicesimo gruppo di famiglie (16 minori), cfr all 395. In dicembre, il dodicesimo gruppo, di 20 minori (all 444). In gennaio, il tredicesimo di 20 minori (all 466). In febbraio, un gruppo di 3 minori già ricoverati in dicembre (all 512). In marzo, un quindicesimo gruppo di 30 minori e un sedicesimo di 8 minori già ricoverati e poi ammessi al programma di ordinaria distribuzione di kit alimentari (all 512) Nel mese di novembre sono state ultimate le liste dei minori ammessi al programma del quarto gruppo della città di Kinshasa: si tratta di 24 minori alla Fondation Viviane, 13 a Colk, 39 a ICS, 36 ad Aurore, per un totale di 116 minori (iniziali 112, all. 438). Nel corso dell'esecuzione del programma, cinque famiglie sono state escluse.
OUTPUT	Nei tempi previsti dal cronogramma è stata censita la popolazione dei minori malnutriti nei territori di riferimento e i bambini, nel numero totale di 943, sono stati selezionati per essere 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:

Nel primo semestre sono stati **433 (+ 14 ricoverati per MAS)** i minori censiti dei gruppi ammessi al programma di lotta alla malnutrizione. I minori che, pur censiti, non hanno partecipato al programma sono stati **37** (il numero è comprensivo delle famiglie escluse, non di quelle trasferite, che dunque avevano una valida ragione per non partecipare).

Nel secondo semestre sono stati **257** i minori censiti. **14** famiglie censite non hanno partecipato al programma.

In totale i minori censiti nel primo anno sono stati **690**, e la percentuale di quelli che non hanno partecipato al programma è stata del 7,4%

A soli fini statistici si segnala che il numero delle famiglie che, pur non escluse dagli organi del progetto, hanno deciso autonomamente di non partecipare al programma è stato di 16 (2,3%).

Nel terzo semestre, stati **253** i minori censiti: a Kinshasa 116 famiglie, a Kananga 40 famiglie, a Lubumbashi 97 famiglie. Le famiglie che non hanno partecipato (escluse) sono state **5**, e la percentuale è stata del 2%

Il totale dei minori censiti è stato di **943**(+ 14 ricoverati per MAS nel primo semestre), e quello delle famiglie che non hanno partecipato al programma o escluse è stato di **56** (pari al 5,94%)

FONTI DI VERIFICA:

RAPPORTI COORDINATORI: n. 55,139,162,226,257,291,317,344,375,387,395,425,427,444,466,512,530

R2 att. 2.1: 23,39,40,41,42,54,96,116,133,146,147,150,231,250,272,281,282,283,284,424,438,

Cfr. anche allegati in **R2 att. 2.2**

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

	Beneficiari previsti	Primo anno	Terzo semestre	TOTALE	delta
Minori (totale)	808	690	253	943	+16,7%
Di cui nei centri di acc.	40	12		12	-70%

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 CCWW, affinché possano essere studiati ed elaborati, e sulla loro base si possa provvedere alla redazione di uno studio scientifico, auspicabilmente da pubblicare. 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	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 de Progetto per ragioni di studio e proposte. <i>Impatto atteso: il censimento garantirà una base di conoscenze statistiche indispensabili nell'immediato e utili nel medio\lungo periodo. 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.</i>

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 1):

ATT. 2.2

La fornitura di alimenti proteici – i minori che hanno terminato il programma

PRIMO SEMESTRE

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, e il progetto rimborsa la spesa (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 1057 calorie. Nel corso del progetto, la dotazione di farine di mais e di soia e quella di zucchero è stata pertanto ridotta (240 mais, 90 soia, 25 zucchero). Invariata è rimasta quella di olio (25 cl).

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 (all97). La terza nelle date 9-11 gennaio, la quarta nelle date del 22-25 gennaio (all104, 105), la quinta e la sesta nelle date 5-22 febbraio (all 128-132), la

settimana 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).

Si propone una scheda relativa al numero dei beneficiari, precisandosi che – contrariamente a quanto riferito con il primo rapporto semestrale - si è ritenuto di dover adottare un criterio di calcolo dei beneficiari più restrittivo di quello originariamente proposto, escludendosi dal loro computo anche quei minori di famiglie che non hanno partecipato completamente alla distribuzione dei kit e alla formazione, pur avendo una ragione giustificativa adeguata (ad es. trasferimento in altro comune o provincia). Sono state escluse dal programma per inadempienza 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	23	16	15	25	28	107
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	93
Marzo 2024	Beneficiari iniziali	23	16	15	23	16	93
	Dimessi						
	Esclusi		2			1	3
	Trasferiti						
	Nuovi arrivati						
	Beneficiari\mese	23	14	15	23	16	91
TOTALE BENEFICIARI GRUPPO 1	Lista iniziale gennaio + nuovi arrivi - esclusi - trasferiti	23	14	15	23	24	99
Nuovi arrivi		1	2	2	1	7	13
Totale dimessi						9	9
Trasferiti dicembre (non ammessi)			1	2			
Totale trasferiti		2				3	8
Totale esclusi			2		2	7	11
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 2febbraio 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		

Nel mese di aprile è iniziata la distribuzione dei kit al secondo gruppo di minori (cfr infra, secondo semestre). Si allegano le ricevute di distribuzione dei kit (all217, 249, 267, 320,321, 322, 323, 324)

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 (all76) e quella che li ricapitola per l'intero gruppo (all77), 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, 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, 207). Di questi, 9 sono stati dimessi e 5 proseguono nel programma anche nel mese di maggio (all 193)

Un ultimo gruppo 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, 205).

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 MuimbaNsele, di Kalembe, 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).

SECONDO SEMESTRE

A Kinshasa, è iniziata la distribuzione dei kit alimentari per il secondo gruppo di famiglie censite nella settimana 1-4 aprile ed è stata proseguita con cadenza bisettimanale.

I minori inizialmente censiti erano 129, di cui dieci del secondo gruppo della Fondation Viviane (vengono dunque esclusi nella tabella seguente dal calcolo dei beneficiari). Ancor prima dell'inizio della distribuzione, alcune famiglie avevano rinunciato (cfr verbali centro Afdeco e rapporto del direttore di aprile, all. 216), e altri nuovi minori li hanno sostituiti. Alla prima distribuzione le liste censite hanno subito ulteriori aggiornamenti: 33 erano i minori del quartiere di Aurore, 21 quelli del quartiere di Colk, 20 quelli di Afdeco, 25 di ICS, 25 della FV (all 249, registri e ricevute di distribuzione kit e all 248, rapporto del direttore per maggio, con la precisazione di cui sotto in *). Il numero iniziale dei beneficiari del secondo gruppo è stato pertanto di 129 (di cui 119 "nuovi" e 10 ammessi alla FV in febbraio). Inoltre, hanno proseguito nel programma, per esserne poi dimessi (all 248). n. 5 minori di Colk (agli iniziali 4 previsti se ne aggiunto uno) e 4 del gruppo ICS.

Si propone una scheda relativa al numero dei beneficiari di questo gruppo di minori.

Gruppo 2 Kinshasa

		Aurore	Colk	Afdeco	ICS	Fond.	totale
Aprile 2024	Beneficiari iniziali	33	21	25	25	25	129
	Esclusi			3			3
	Trasferiti			4			4
	Nuovi arrivati			2			2
	<i>Prosecuzione primo gruppo</i>		5		4	10	
	Beneficiari\mese	33	21	20	25	15	114
Maggio 2024	Beneficiari iniziali	33	21	20	25	25	114
	Esclusi					10	10
	Trasferiti						
	Nuovi arrivati	1		10		10	21
	Beneficiari\mese	34	21	29*	25	15	125
Giugno 2024	Beneficiari iniziali	34	21	29	25	15	125
	Dimessi						
	Esclusi						
	Trasferiti			1			1
	Nuovi arrivati	1					1
	Beneficiari\mese	35	21	28	25	15	124
Luglio 2024	Beneficiari iniziali	35	21	28	25	15	124
	Dimessi						
	Esclusi			1			1
	Trasferiti						

	Nuovi arrivati						
	Beneficiari\mese	35	21	27	25	15	123
TOTALE BENEFICIARI GRUPPO 1	Lista iniziale aprile + nuovi arrivi - esclusi - trasferiti	35	21	27	25	15	123*
Nuovi		2		12		10	24
Totale trasferiti				5			5
Totale esclusi				4		10	14
Totale minori del secondo gruppo che hanno proseguito nel programma						5	5

*nel rapporto del mese di maggio un minore era stato conteggiato due volte

A questo numero bisogna aggiungere 13 minori ospedalizzati a Colk e 1 minore ospedalizzato al centro Kilimani, che hanno ricevuto la fornitura direttamente dall'Ospedale (cfr. *infra*).

Il totale dei beneficiari del secondo gruppo a Kinshasa è dunque di **137** (123+14).

Cinque minori del secondo gruppo della Fondation Viviane hanno proseguito a scopo prudenziale nel programma (all 300, rapporto del direttore), in considerazione delle numerose assenze accumulate nei primi quattro mesi, che sono state considerate giustificabili.

A Lubumbashi, è proseguita la distribuzione dei kit per i cinque minori del terzo gruppo di 14 che alla data del 15.4 presentavano parametri antropometrici non soddisfacenti (cfr. all 193, all 226, all 234). All'esito dell'ulteriore mese di trattamento tutti i minori sono usciti dal programma, ottenendo – tutti – un soddisfacente livello di stabilizzazione (all 218). Anche l'ultimo minore del secondo gruppo di 18, che aveva proseguito il programma anche nel mese di maggio (cfrall 192, all 226), è stato dimesso, avendo raggiunto parametri soddisfacenti (all 219).

Per il quarto gruppo delle famiglie di 8 minori la distribuzione è proseguita nei giorni 15 e 16 maggio (all 226, 233). Di questi, 3 sono stati dimessi, e cinque convocati per un'ulteriore distribuzione nel mese di giugno, avvenuta il 15.6.24 (all 261). All'esito dell'ultima distribuzione è stato valutato che i minori avessero raggiunto parametri adeguati (all 257). Si allegano le fiches di rilevazione dati (all 262).

Un quinto gruppo di 17 minori ha ricevuto la prima razione di kit il giorno 10 maggio (all 226, all 231) e ha iniziato la formazione il giorno 8 giugno, proseguendo poi nel programma di distribuzione mensile (all 257, 263, 278, 347, 348), terminata in agosto. Un sesto gruppo di 10 minori è stato selezionato e ha iniziato la formazione il 6 giugno, ricevendo contemporaneamente il primo kit nutrizionale, e proseguendo poi nel programma di distribuzione mensile (all 257, 264, 279, 298, 352). Il 22 luglio è iniziata la formazione e la seguente distribuzione di kit alimentari per 28 minori (all 291), che è terminata in data 16 ottobre (all. 375, 378). Due dei minori, che non avevano raggiunto a quella data parametri antropometrici tranquillizzanti, sono stati ricoverati (all 375).

Il numero totale dei minori ammessi al programma nel secondo semestre e che hanno completato il programma è stato di **55**.

A Kananga è proseguita la distribuzione dei kit alimentari per il secondo gruppo censito di 40 minori (cfrall 116 e 240, rapporto trimestrale del coordinatore Kananga), che è terminata in data 27 luglio (all 274). Del gruppo fanno parte 35 minori affetti da MAM e cinque da MAS. Questi ultimi, pertanto, hanno beneficiato della distribuzione dopo il loro ricovero (all 184-186 relativi al primo semestre e all 241). Le distribuzioni dei kit continua con 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.

Si propone una tabella riassuntiva dei beneficiari nel corso dell'anno del progetto (intendendosi per tali quei minori che hanno **terminato** il programma, e che non risultano nel numero dei trasferiti o esclusi).

	DISTR. KIT		DI CUI OSPEDALIZZATI		KIT A CURA DELL'OSPEDALE		TOTALE
	I SEM.	II SEM.	I SEM.	II SEM.	I SEM.	II SEM.	
KINSHASA	109	123	7	6	14		246
LUBUMB.	53	55	5	5			108
KANANGA	40	40	8	5			80
TOT							434

Di questi minori, 12 sono ricoverati nei centri di accoglienza e i restanti sono in famiglia

I minori ricoverati per MAS

PRIMO SEMESTRE

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, malnutritionaiguesevère), il trattamento nutrizionale (latte in polvere) quello medico (trasfusione, antimalarica, antibioticoterapia, 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). Il Direttore, inoltre, ha fornito un rapporto di sintesi relativo al numero dei minori affetti da MAS nelle singole località (all. 235).

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 Kanyaka e Mose vengono allegate le schede di ricovero (si tratta di 5 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 18761e 238	1
12\23 all 29 187 61e 238	1
12\23 all 29 187 61e 238	1
12\23 all 29 187 61e 238	1
1\24 all 187 e 238	1
2\24 all 188 e 238	5
3\24 all 189 e 238	5

4\24 all 190 e 238	5
totale	20

Si segnala che ICS aveva inizialmente inteso che i rapporti ricapitolativi mensili (in all. 187\190, che definisce "preliminari") dovessero attestare unicamente l'ospedalizzazione, al fine della redazione di un aggiornamento dei conteggi del pagamento previsto e non della redazione dei rapporti, e che la rilevazione e trasmissione dei dati esatti dovesse essere effettuata con i report completi e individuali di ammissione\dimissione dall'Ospedale. Pertanto, i dati antropometrici corretti, le date di ammissione\dimissione, le patologie, le cure, la descrizione dello stato generale dei minori sono quelli di cui agli allegati 237 e 238 (cfr dichiarazione dell'Ospedale contenuta nei singoli rapporti e dichiarazione del direttore in all. 236)

Sette minori ospedalizzati hanno avuto poi accesso al programma ordinario quadrimestrale di fornitura di alimenti. Per gli altri 13 la fornitura è stata gestita direttamente dalla struttura in occasione dei controlli (all. 235 e schede di ricovero). Si segnala che ICS ha comunicato che a partire dal mese di giugno\luglio per alcuni mesi sarà in grado di assumersi i costi di fornitura degli alimenti per un certo numero di minori (avendo trovato un finanziatore), che pertanto non saranno considerati nel costo del programma di fornitura di kit alimentari ma solo per quanto riguarda i costi di ospedalizzazione.

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

01\24 all 113	5
03\24 all 160	1
totale	6

Cinque di loro sono stati poi inseriti nell'ordinario programma di distribuzione di kit alimentari. Solo per uno di essi - PongiElfie - sottoposto a regime di controllo bisettimanale in Ospedale in ragione delle sue condizioni -, la distribuzione degli alimenti è avvenuta per ragioni logistiche a cura dell'Ospedale stesso (all. 235)

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

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

I minori sono poi stati inseriti nel programma ordinario di distribuzione di kit alimentari.

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

4\24 all 209	5
--------------	---

I minori ospedalizzati hanno poi accesso al programma quadrimestrale di fornitura di alimenti.

SECONDO SEMESTRE

Per quanto riguarda i minori ospedalizzati del secondo gruppo di famiglie, si tratta di 5 minori nel mese di maggio a Kananga, all'ospedale secondario KalemMulumba (cfr. rapporto del coordinatore all. 240 e fiches di rilevazione dei dati in all. 241), altri 5 nel mese di agosto (all. 355).

Al centro ICS sono stati ricoverati e dimessi, dopo aver raggiunto parametri sufficienti: un minore nel mese di maggio (all. 245), due minori nel mese di giugno (all. 246), due minori nel mese di agosto (all. 315 e 316).

A Lubumbashi nel mese di maggio sono stati ricoverati 5 minori affetti da MAS e nel mese di ottobre altri 2 (all. 375). Il rapporto allegato (all. 290) indica i valori antropometrici rilevati, le condizioni di salute all'atto dell'ammissione e della dimissione dal programma.

Tabella riassuntiva dei ricoveri per MAS

	ICS	Kilimani	Aurore	Amka	PFDU	totale
maggio	1			5	5	11
giugno	2					2
luglio						
agosto	2				5	7

settembre						
ottobre				2*		
	5			7	10	22

**in attesa delle schede di ricovero, all. 375*

Per i minori di cui sopra (tranne uno) la distribuzione di kit alimentari dopo il ricovero e per tutto il periodo di trattamento ambulatoriale (variabile in ragione dei casi) è avvenuta direttamente a cura dell'Ospedale, sia per ragioni logistiche (di vicinanza) sia per garantire una migliore sorveglianza in regime ambulatoriale. In alcuni casi (es per i minori ricoverati nei mesi di maggio e giugno) la distribuzione è proseguita per tutto il periodo di intervento del programma.

La valutazione dell'efficacia del programma.

PRIMO SEMESTRE

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.

La valutazione del medico pediatra è stata chiesta, e i cui risultati possono pertanto risultare significativi dal punto di vista statistico. **per quei minori che hanno partecipato con sufficiente continuità al programma (anche se nel corso dello stesso trasferiti o dimessi).**

A Kinshasa, i medici e i nutrizionisti dei centri hanno raccolto 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 ai primi **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).

Per quanto riguarda Lubumbashi, il medico pediatra conferma che tutti i **32 minori** del secondo e del terzo gruppo (che definisce "primo e secondo" in quanto non gli sono stati sottoposti i dati relativi al primo gruppo effettivo di 13 minori, che avevano iniziato il trattamento prima dell'inizio del programma e dunque hanno partecipato solo parzialmente alle attività del progetto) hanno raggiunto l'obiettivo e che la valutazione dell'efficacia è ottima (all 220).

Nel semestre, **sono stati valutati 156 minori e solo 6 (il 5%)** al termine dei quattro mesi di somministrazione si trovavano ancora in una condizione che merita ulteriore attenzione

SECONDO SEMESTRE

La valutazione del medico pediatra è stata chiesta per quei minori che hanno partecipato con sufficiente continuità al programma (indipendentemente dal fatto che siano stati o meno calcolati nel numero dei beneficiari del programma, o ne siano usciti in quanto trasferiti), e i cui risultati possono risultare significativi dal punto di vista statistico.

I medici e i nutrizionisti di Kinshasa hanno prodotto, nel mese di agosto, le fiches relative ai minori del secondo gruppo di famiglie (all 292-296) con le quali riportano l'evoluzione dei dati antropometrici dei bambini ammessi al programma (peso altezza, perimetro brachiale). A cura del responsabile del progetto è stata elaborata una sintesi che riporta anche i parametri di riferimento secondo le tabelle elaborate dal

Ministero della salute congolese. Il medico pediatra, che allega le tabelle di sintesi, esprime una valutazione estremamente positiva, secondo la quale, su 133 minori che sono stati valutati, quelli *“per i quali non è raggiunto un risultato soddisfacente sono: 3 del gruppo di AFDECO, 2 del gruppo di AURORE, 2 del gruppo della Fondation Viviane”*. Si tratta dunque di 7 minori, e di una percentuale pari al 5,3%

Anche per quanto riguarda il quarto gruppo di Lubumbashi di 8 minori, il medico pediatra conferma che tutti hanno raggiunto l'obiettivo e che la valutazione dell'efficacia è ottima (all 265).

Anche i 17 minori del quinto gruppo (all 349 e 350) hanno raggiunto risultati eccellenti, avendo tutti raggiunto e superato il limite di riferimento per l'età dell'indice MUAC considerato come indicatore di malnutrizione moderata.

Infine, i minori del sesto gruppo (in numero di 10, all 356) hannoraggiunto al 100% il risultato di miglioramento di due items (su 3) e del livello adeguato di MUAC (all 361).

Si segnala che si allegano le fiches di rilevazione dei dati antropometrici relative al settimo gruppo di 28 minori di Lubumbashi, ma non la valutazione del medico pediatra, che sarà allegata alla relazione finale.

Nel mese di maggio sono giunte le fiches relative ai dati antropometrici dei 40 minori ammessi al programma a Kananga e che lo hanno terminato (primo gruppo, all. 213) ed è stata elaborata una scheda riassuntiva dei dati principali (MUAC, età, peso altezza, presenza di edema – all 214).

Il medico pediatra (all 215) esprime una prima valutazione, certificando che il 90% dei minori hanno raggiunto uno stato nutrizionale che definisce “buono”. Due di loro, invece, pari al 5% del campione, presentano un'evoluzione dei dati antropometrici non soddisfacente e altri due, pur essendo sufficiente l'evoluzione a giustificare la loro dimissione dal programma, non rientrano pienamente nei parametri di perfetta normalità.

Sempre nel mese di agosto sono state prodotte, a cure del nutrizionista incaricato, le schede dei 40 minori del secondo gruppo di Kananga. Da quelle schede (all 297) è stata elaborata l'abituale sintesi, allegata al rapporto del medico pediatra (all 306), che esprime una valutazione positiva relativamente ai risultati ottenuti, tuttavia rilevando insufficiente precisione nella raccolta dei dati, anche se non rilevante in concreto ai fini del suo rapporto, che non intende e né può assumere valore diagnostico ma solo statistico. In particolare, suggerisce che il valore dell'altezza del minore sia raccolto anche alla data di dimissione dal programma e non solo all'inizio del trattamento. Il medico conclude che 4 minori non hanno raggiunto uno stato di salute soddisfacente, anche se hanno migliorato notevolmente quello di partenza.

Nel secondo semestre, sono stati valutati **248**(133 + 35 + 80) minori e non hanno raggiunto una condizione sufficientemente tranquillizzante: 7 minori a Kinshasa, 0a Lubumbashi, 6 a Kananga, per un totale di 13 minori, pari al **5,2%**

Complessivamente, si tratta di 404 minori valutati: 156 (primo semestre) e 248 (secondo semestre), di cui 19 (6 nel primo semestre, 13 nel secondo) minori che non hanno raggiunto risultati sufficienti (pari al 4,7%)

I minori che hanno beneficiato della distribuzione di kit alimentari ma non hanno completato il programma.

I gruppi di minori e famiglie che hanno iniziato il programma successivamente al mese di agosto hanno beneficiato delle azioni del progetto, ma non avendo esaurito il periodo quadrimestrale di sorveglianza e sostegno alimentare non è possibile calcolarne il numero preciso, dal momento che solo in quella data sarà possibile avere indicazione precisa dei minori trasferiti o esclusi dal progetto. Nemmeno è possibile valutare il processo di recupero fisico dei bambini.

Alla data del 30.10.2024 si tratta dei seguenti.

Gruppo 3 Kinshasa

Con il terzo gruppo censito, si è sperimentata una nuova modalità di ammissione delle famiglie al programma. In data 22-25 luglio sono state convocate tutte quelle identificate dai RECO, e a tutte sono state spiegate le ragioni e i criteri del progetto, e sono stati forniti i kit alimentari (cfr all 317, rapporto del direttore). Sulla base della valutazione del medico o del nutrizionista, vengono poi redatte le liste definitive dei beneficiari. A questi – nel caso del terzo gruppo di cui si scrive a partire dal 5 agosto, e successivamente in settembre e

ottobre (all. 309,310,311, 342, 364, 372) –sono state poi somministrate le razioni e impartita la formazione. Non compare come centro di riferimento, nel gruppo, Afdeco,in quanto il programma ha raggiunto la quasi totalità dei bambini che necessitavano di intervento (il quartiere è relativamente piccolo), per cui i pochi rimasti sono stati inseriti nel gruppo che fa capo a ICS, che si trova molto vicino (all 317).

Il direttore con il rapporto informa che nel mese di settembre sarà presa la decisione di estromettere o meno dal programma 10 famiglie del gruppo della Fondation Viviane che non si sono presentate per due volte consecutive (all 317). Le famiglie sono poi state escluse.

		Aurore	Colk	ICS	Fond.	totale
Agosto 2024	Beneficiari iniziali	32	14	30	24	100
	Esclusi					
	Trasferiti					
	Nuovi arrivati	4	5		6	15
	<i>Prosecuzione secondo gruppo</i>					
	Beneficiari\mese	36	19	30	30*	115
Settembre 2024	Beneficiari iniziali					
	Esclusi				10	10
	Trasferiti		1		2	2
	Nuovi arrivati		2	3		5
	Beneficiari\mese	36	20	33	15	104
Ottobre 2024	Beneficiari iniziali	36	20	33	15	104
	Dimessi					
	Esclusi					
	Trasferiti					
	Nuovi arrivati					
	Beneficiari\mese	36	20	33	15	104
TOTALE BENEFICIARI GRUPPO 3	Lista iniziale di agosto + nuovi arrivi – esclusi - trasferiti					110
Nuovi						20
Totale trasferiti						3
Totale esclusi						10

** in attesa, in agosto, della decisione di estromettere o meno 10 famiglie che non si sono presentate per due volte consecutive. Nel mese di settembre (cfr prospetto di cui sopra) le 10 famiglie sono state escluse dal programma.*

I beneficiari del terzo gruppo, alla data del 30.10.2024, sono stati dunque **110**.

A Lubumbashi, nel mese di agosto, è iniziata la distribuzione di kit per un gruppo di 7 minori: di questi, cinque erano stati in precedenza ricoverati per una condizione di MAS e dimessi nel corso del mese di luglio (all 344, all 384). Nel mese di settembre sono stati presi in carico **16** minori (all 375, 385) e nel mese di ottobre altri **13** (all 375, 386). Per un totale di **36** minori.

A Kananga è proseguita la distribuzione dei kit alimentari per il terzo gruppo di 40 minori (all 354).

TERZO SEMESTRE.

La fornitura di alimenti proteici

I costi degli alimenti si sono rivelati sensibilmente più alti, come era stato previsto, nella capitale rispetto alle località di Kananga e Lubumbashi. Questo in particolare perché le farine di mais e soia non vengono coltivate in loco se non in piccole quantità, e per l'approvvigionamento si deve ricorrere a grossisti che le importano o le trasferiscono dalle province.

Si ribadisce che nel mese di novembre, dopo l'inoltro del rapporto annuale, è stato consegnato il report del coordinatore provinciale di Kananga relativo al periodo luglio\ottobre 2024, nel quale dà atto della distribuzione dei kit per le famiglie del terzo gruppo (all. 387) e del ricovero di 5 minori di cui erano già state allegate le schede dell'Ospedale (all 355). Si allegano le ricevute della distribuzione kit del secondo gruppo censito (all 397).

La distribuzione dei kit alimentari per il terzo gruppo di 40 famiglie di Kananga è proseguita in data 23.10.2024 (all 394) e in data 26.11.2024 (all 390). Il nutrizionista riferisce di alcune difficoltà in quanto non tutte le famiglie rispettano rigorosamente le istruzioni impartite durante la formazione (all 392).

La distribuzione dei kit alimentari per il quarto gruppo di 40 minori è iniziata in data 18.12.2024 (all 426), ed è proseguita in gennaio-aprile (all 453, 520, 521, 525, 526). Per tutto il periodo del progetto, i quantitativi mensili medi distribuiti ai minori sono stati i seguenti: mais 9 kg, soia 2,4 kg, zucchero 0,9 kg e olio 0,9 kg (corrispondenti per approssimazione a 1 litro). Durante l'ultima distribuzione, alle famiglie è stato dato una piccola eccedenza degli alimenti più costosi, e cioè olio e zucchero.

A Lubumbashi è continuata regolarmente, dal mese di novembre, la distribuzione dei kit alimentari per tutti i gruppi di bambini censiti (all 385, 402, 444, 446, 470). In novembre è iniziata la distribuzione di alimenti per l'undicesimo gruppo di 16 bambini (terminata nel mese di febbraio, all. 496) e in dicembre quella per il dodicesimo di 20 bambini (all 395, 444, 539, 546).

Il tredicesimo gruppo ha iniziato la distribuzione in gennaio (all 557)

E' stata terminata la distribuzione dei kit per il quattordicesimo gruppo di 3 famiglie (all 544)

Nel mese di marzo, in considerazione del fatto che si è speso meno del previsto in virtù dell'evolversi favorevole del cambio euro\dollaro, è iniziata la distribuzione di kit alimentari per due gruppi di 30 minori in condizioni di MAM e 8 in condizioni di MAS (all 512, 530). Questi minori non hanno potuto terminare il ciclo quadrimestrale previsto entro il termine ultimo del progetto, ma la fornitura di kit alimentari è comunque proseguita, anche nei mesi di maggio e giugno, assumendosi la differenza di costo il partner Amka.

In particolare, il quindicesimo gruppo di 30 minori ha beneficiato della distribuzione di tre razioni di alimenti (l'ultima il 25.4.2025, all 558)). Il sedicesimo gruppo di 8 minori, una volta dimessi, ha beneficiato della distribuzione di tre razioni di alimenti (l'ultima il 29.4.2025 – all 551)

Si propone una tabella riassuntiva dei minori beneficiari. Il coordinatore e la nutrizionista dichiarano che, per tutto il periodo del progetto, i quantitativi mensili minimi distribuiti ai minori sono stati i seguenti: mais 9 kg, soia 3 kg, zucchero 0,6 kg e olio 1,2 kg (corrispondenti a 1.3 litri) (all 517).

gruppo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Tot.
Lubumbashi	13	18	14	8	17	10	28	7	16	13	16	20	20	3	30	8	241

In rosso il numero dei minori già considerati come beneficiari delle attività del primo anno.

Nel mese di novembre è terminata la distribuzione di kit alimentari per il terzo gruppo di famiglie di Kinshasa (all 404, 405). Si allegano anche le ricevute dei kit alimentari del mese di settembre, che per errore non erano state inviate insieme al rapporto annuale (all 406)

Per quanto riguarda il terzo gruppo di minori di Kinshasa, nell'ultimo mese previsto (novembre) non si sono

registrati nuovi arrivi né esclusioni dal programma, così che il numero di beneficiari è rimasto identico a quello già rilevato per il mese di ottobre, e di cui alla tabella sopra riportata: **110** minori

Il giorno 18.11.2024 è iniziata a Kinshasa la distribuzione di kit alimentari per i minori del quarto e ultimo gruppo, che alla data del 31.12.2024, ultimata la fase di ammissione al programma in particolare alla Fondation Viviane, erano in numero di **112** (dai 74 iniziali, all. 407, 438, 459, 476, 478), poi ridotti a **111** a causa di un'esclusione nel mese di febbraio.

Si segnala che nei mesi di gennaio e febbraio la distribuzione dei kit ha subito un rallentamento a causa del degenerare delle condizioni di sicurezza. In particolare, nei giorni 28\29 gennaio a Kinshasa si sono verificate violente proteste, che hanno spinto la popolazione a evitare qualsiasi spostamento. Di conseguenza, molte famiglie non si sono presentate, ma hanno comunque beneficiato della distribuzione degli alimenti nei giorni successivi.

Per tutto il periodo, la media (considerando una percentuale di minori che non hanno avuto kit per tutti i 4 mesi, es trasferiti) di alimenti distribuiti mensilmente ai minori è stata di 7,5 kg di mais, 3,2 kg di soia, 0,9 di zucchero, 0,7 di olio (corrispondenti approssimativamente a 0,8 litri)

		Aurore	Colk	ICS	Fond.	totale
novembre 2024	Beneficiari iniziali	35	12	20	7	74
	Esclusi					
	Trasferiti					
	Nuovi arrivati					
	Beneficiari\mese	35	12	20	7	74
dicembre 2024	Beneficiari iniziali	35	12	20	7	
	Esclusi					
	Trasferiti					
	Nuovi arrivati	1		16	17	34
	Beneficiari\mese	36	12	36	24	108
gennaio 2025	Beneficiari iniziali	36	12	36	24	
	Dimessi					
	Esclusi			4		
	Trasferiti					
	Nuovi arrivati		1	7		
	Beneficiari\mese	36	13	39	24	112
febbraio 2025	Beneficiari iniziali	36	13	39	24	
	Dimessi	10				
	Esclusi		1			
	Trasferiti					
	Nuovi arrivati					
	Beneficiari\mese	26	12	39	24	111
TOTALE BENEFICIARI GRUPPO 4	Lista iniziale di novembre + nuovi arrivi - esclusi - trasferiti	36	11	39	24	111

I minori ricoverati per MAS

A Lubumbashi, nei mesi di ottobre/novembre, sono stati ricoverati 4 bambini (di due di loro si era anticipato il ricovero nel rapporto annuale, mese di ottobre 24): di questi, due del gruppo di 28 (gruppo n. 7) che al termine del programma non avevano migliorato significativamente il proprio stato di salute (all 395, 461). Il coordinatore e il nutrizionista rilasciano una dichiarazione con l'elenco dei minori ricoverati, la data di ricovero e quella di dimissione (all 516). I bambini si trovavano in una situazione grave (malnutrizione severa con complicazioni – edema, disidratazione). Alla data di dimissione dall'Ospedale, dopo un periodo variabile da 25 a 65 giorni di ricovero (durata media 42 giorni, all 516), presentavano uno stato di salute migliorato, con la scomparsa dei sintomi clinici e la persistenza di uno stato di malnutrizione moderata. Sono stati pertanto reinseriti nel programma ordinario di distribuzione di kit alimentari (all 412, all 516). Si segnala che per i minori in condizioni di MAS la dieta alimentare durante il periodo di ricovero viene integrata da latte NIDO e da farina di arachidi, in sostituzione di quella di soia, e che – seguendo le indicazioni date per ogni caso della nutrizionista – tanto nel periodo di ricovero quanto nel periodo successivo di inserimento nel programma ordinario il quantitativo giornaliero di zucchero è leggermente aumentato. Nel mese di gennaio sono stati dimessi altri 3 bambini e in marzo ulteriori 8, che una volta inseriti nell'ordinario programma di lotta alla malnutrizione sono andati a costituire i “gruppi” numero 14 e 16 (all 516).

A Kananga, nel quarto gruppo di minori censiti ed ammessi al programma vi erano 5 bambini in condizioni di malnutrizione severa (nello stadio kwashiorkor e con parametri antropometrici in almeno due casi abbastanza preoccupanti), che sono stati pertanto ricoverati (all 425, 427, 475, 552, 553) prima di essere reinseriti nell'ordinario programma di distribuzione di kit alimentari. Questi minori, come quelli dei due precedenti semestri, hanno ricevuto durante il ricovero cure intensive per una media di 30 giorni con la somministrazione di latte, farina di arachidi in sostituzione di quella di soia, una quantità di zucchero e di olio leggermente maggiore. Per alcuni minori si è ritenuto di continuare la somministrazione di farina di arachidi anche durante i quattro mesi medi di ordinario trattamento, in aggiunta a quella di soia.

A Kinshasa, nei mesi di novembre/dicembre 2024 al centro ICS sono stati ricoverati 8 minori in condizione di malnutrizione severa che sono stati sottoposti a cure farmacologiche e a trattamento nutrizionale specifico e che, usciti dall'Ospedale dopo un periodo variabile di 20/40 giorni in condizioni non più critiche, sono stati inseriti nel programma di distribuzione kit a cura del centro medico (all 429, 458).

L'Ospedale Kilimani ha fatto avere nel gennaio 2025 un rapporto relativo a quattro ricoveri di altrettanti bambini in condizioni di MAS per il periodo gennaio 24/ottobre 24, che si inseriscono nel numero dei beneficiari di codesto terzo semestre in quanto non potevano essere considerati negli elenchi precedenti. I quattro minori, alle date di dimissione, presentavano parametri antropometrici non ancora perfettamente adeguati ma in miglioramento e con uno stato di salute definito “buono”. In almeno un caso (Jonas Matondo) non è stato possibile continuare la fornitura ordinaria di alimenti proteici a causa del cambio di domicilio della famiglia (all 449).

Tabella riassuntiva dei ricoveri per MAS

	ICS	Kilimani	Aurore	Amka	PFDU	totale
novembre	8	4*		4**	5	23
dicembre						1
gennaio						
febbraio				3		
marzo				8		
aprile						
TOTALE	8	4		13	5	30
TOT. progetto	33	10		25	23	91

*minori nel periodo gennaio 24/ottobre 24

**2 minori di questi sei sono stati conteggiati come beneficiari nel primo rapporto annuale (mese di ottobre 24).

La valutazione dell'efficacia del programma.

	La valutazione del medico pediatra del settimo gruppo di 28 minori di Lubumbashi è che il 93% dei casi ha raggiunto all'esito dell'ordinario programma di distribuzione di kit alimentari uno stato di salute adeguato (all 388). Due minori (Ndaya Maria e KahindaGratine) sono stati ricoverati in condizioni critiche (cfr sopra), e all'esito del ricovero le loro condizioni sono migliorate, con la scomparsa dei sintomi clinici più preoccupanti e il persistere di uno stato di malnutrizione moderata che giustifica la prosecuzione del programma ordinario di fornitura di alimenti proteici (all 414, rapporto del medico pediatra). Con lo stesso rapporto il medico valuta l'efficacia del programma rispetto all'ottavo gruppo di sette minori (all 413 e 414), concludendo che il 100% ha raggiunto all'esito dell'ordinario programma di distribuzione di kit alimentari uno stato di salute adeguato. Identico risultato (100%) ha dato il nono gruppo di 16 minori, anche se il medico rileva che una bambina, Emma Kitongo, ha accusato in corso di trattamento un peggioramento evidente delle condizioni di salute, poi recuperato entro il termine quadrimestrale previsto (all 447, 448). Il decimo gruppo di 13 minori non ha dato risultati difformi. Tutti hanno migliorato i valori di almeno due degli items valutati (all. 472,473). Identico risultato (100%) ha dato l'undicesimo gruppo di 16 minori (all. 497, 498 e 499). Anche il terzo gruppo di minori di Kinshasa ha terminato nel mese di novembre il programma, e la progressione dello stato di salute è stata valutata dal medico pediatra, che, analizzando 103 fiches di rilevazione di dati antropometrici, conclude che il 97% dei minori ha migliorato in almeno due dei tre items valutati (peso altezza, MUAC) o ha raggiunto un dato di sufficiente rapporto tra peso e altezza, secondo le tabelle elaborate dal Ministero della salute, che allega. Solo 3 minori su 103, al termine della fornitura quadrimestrale di alimenti proteici, presentavano una condizione ancora precaria (all.428) e dunque in numero di 100 hanno raggiunto uno stato di salute adeguato. Per quanto riguarda il quarto gruppo di minori di Kinshasa, che ha terminato nel mese di febbraio il programma, la progressione dello stato di salute è stata valutata dal medico pediatra, che, analizzando 102 fiches di rilevazione di dati antropometrici, conclude che il 94,2% dei minori (in numero: 96) ha migliorato significativamente il proprio stato di salute. Solo 6 minori, al termine della fornitura quadrimestrale di alimenti proteici, presentavano una condizione ancora precaria (all.504-508). Si allegano le fiches di rilevazione dati del quarto gruppo di Kananga (all 553) e degli ultimi gruppi di Lubumbashi (all 540,545,554,555,556) Complessivamente, sono state valutate le fiches di 689 minori e, di questi, 659 hanno migliorato significativamente, in modo ritenuto adeguato, la propria condizione di salute. Solo 30 (pari al 4,35%) non hanno raggiunto una condizione sanitaria sufficiente. Il numero delle fiches oggetto di valutazione (79,4% del totale) garantisce secondo i sopra citati criteri della scienza statistica un margine di errore minimale.
OUTPUT	Sono stati distribuiti kit alimentari ai minori che hanno partecipato al programma. E' stata effettuata la sorveglianza medica sull'evoluzione del loro stato nutrizionale e di salute. 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:

Il 95,65% dei minori che hanno partecipato e terminato il programma, secondo la valutazione dal medico pediatra, ha migliorato l'alimentazione, lo stato nutrizionale e le condizioni di sviluppo psico-fisico.

FONTI DI VERIFICA:

Rapporti e relazioni.

Inoltre: verbali distribuzione kit alimentari. Rapporti e schede di ricovero dei minori affetti da MAS. Fotografie Non previsti: fiches di rilevazione dei dati antropometrici dei minori, dalle quali si rileva, per ogni beneficiario, il miglioramento dello stato di salute. Valutazioni del medico pediatra dei dati che emergono dalle fiches.

RAPPORTI DEI COORDINATORI: n.24,30,53,55,74,88,89,105,106,112,136,139,162,169,195,211,212,216,226,240,248, 257,266,291,300,317,344,360,375,387,395,425,427,478,480,512,530,552

R2 att. 2.1:

424,438

R2 att. 2.2: 29,61,62,63,64,69,76,77,82,83,84,97,104,110,111,113,117,118,119,128,129,130,131,132,135,142,155,156,157,158, 159,160,161,170,171,172,173,174,175,176,177,178,180,181,184,185,186,187,188,189,190,192,193,194,205,207,209,213,214,215,2 17,218,219,220,233,234,236,237,238,240,241,245,246,249,261,262,263,264,265,267,271,274,278,279,290,292,293,294,295,296, 297,299,306,309,310,311,315,316,320,321,322,323,324,326,331,342,347,348,349,350,352,354,355, 356, 361,364,372,384,385, 386,388,390,394,402,405,406,407,412,413,414,426,428,447,448,449,453,458,459,461,470,472,473,475,476,496,497,498,499,500, 501,502,503,504,505,506,507,508,516,517,520,521,525,526,539,540,544,545,546,549,551,553,554,555,556,557,558

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:

Per quanto riguarda il numero dei minori che hanno esaurito il programma, si tratta, nel primo semestre, di 99 del primo gruppo di Kinshasa, 10 secondo gruppo FV, 53 a Lubumbashi, e 40 a Kananga. Nel secondo semestre, 137 del secondo gruppo Kinshasa (di questi 14 minori sono stati curati in Ospedale per MAS e seguiti direttamente dai centri medici), 40 a Kananga, 55 a Lubumbashi, per un totale di 434 minori. Complessivamente, 61 minori sono stati curati e ospedalizzati per MAS.

Inoltre, nel secondo semestre hanno iniziato il programma senza ancora terminarlo: 110 minori a Kinshasa, 40 a Kananga, 36 a Lubumbashi, per un totale di 186 minori. Il programma, per questi bambini, è terminato nel corso dell'ultimo semestre. In totale nel primo anno si tratta di 620 minori, di cui 12 ospiti dei centri e 608 in famiglia.

Nell'ultimo semestre sono stati ulteriori 111 i minori che hanno iniziato e partecipato al programma a Kinshasa, 40 a Kananga, 97 a Lubumbashi. Complessivamente, 30 minori ulteriori sono stati curati e ospedalizzati per MAS.

In totale: 467 minori a Kinshasa, 160 a Kananga, 241 a Lubumbashi

	Beneficiari previsti	Prima annualità	Terzo semestre	TOTALE	delta
Minori	808	620	248	868	+7,5%
Di cui nei centri	40	12	0	12	

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 indirizzo.

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 (dottor Franco Foschi, dott.ssa Alice Tonello).

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' stata migliorata l'alimentazione dei minori e aumentato l'accesso a cibi nutrienti da parte delle famiglie e delle comunità (sono state avviate attività agropastorali per 288 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)

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

	<i>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.</i>
OUTPUT	<i>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</i>

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 3):

ATT. 3.1

PRIMO SEMESTRE

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 KalembeMulumba, di circa un ettaro, che sono stati lavorati (arazione del terreno), fertilizzati e coltivati. 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), emais, soia e niébé (fagiolini, all 341). 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 a Mitendi, nei dintorni dell'orfanotrofio, nel quartiere KimwenzaTakikala (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).

Era stata ipotizzata la possibilità di allestire una coltivazione anche sui terreni dell'associazione Aurore, ma non è stato possibile realizzarla, in quanto i terreni si trovano a Plateau Bateke, e dunque sono inaccessibili per le ragioni sopra riportate.

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 interno 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)

SECONDO SEMESTRE

A Kananga (all 341) i primi raccolti di mais, soia e niébé sono stato distribuiti alle famiglie che avevano partecipato al programma. A Kinshasa, nel mese di giugno le coltivazioni avviate durante la stagione delle piogge (mais, soia e arachidi) sono prossime al raccolto previsto per luglio \agosto (all 266). In luglio, con l'inizio della stagione secca, le coltivazioni sono proseguite (all 300) e sono iniziate quelle sui terreni del quartiere KimwenzaTakikala, con l'estirpazione dei ceppi dai campi. la lavorazione della terra e la delimitazione dei confini. Sono stati acquistati materiali e sementi indispensabili (all 300).

Nel mese di settembre 2024 il responsabile del progetto si è recato a Kinshasa accompagnato dal dottor Massimo Canossa, agronomo con master in coltivazioni tropicali e sub-tropicali, antropologo e consulente dei progetti di sviluppo per conto dell'Unione europea.

Come risulta dall'allegato rapporto a firma del direttore e del responsabile, sono state visitate le coltivazioni del quartiere di Mitendi e di Tshela. E' stata rilevata l'alta qualità dei criteri usati e delle tecniche utilizzate, della filiera di approvvigionamento delle sementi certificate, dell'attenzione alle misure di prevenzione di dissesti naturali e malattie.

Quanto al quartiere di Mitendi, si tratta di 9 ha coltivati a ortaggi e verdure, già seminate (patate dolci, melanzane, spinaci, cetrioli, manioca, pomodori, amaranto, oca e njobé (fagiolini). I raccolti, alla data della visita, erano costituiti da spinaci e (iniziali) tuberi di manioca. Sono stati destinati all'alimentazione dei minori di Afdeco (39).

Inoltre, l'agronomo ha discusso con i responsabili dell'Istituto dei criteri di coltivazione dei terreni di KimwenzaTakikala, che verranno coltivati a mais, soia, manioca e arachidi.

Quanto alle coltivazioni di Tshela, iniziate alla fine della stagione delle piogge 2023 \2024, hanno dato i primi frutti, costituiti da 9 sacchi da 50kg di arachidi, 8 di mais, 15 di manioca, 3 di fagioli, oltre a frutta (banane, ananas). I prodotti sono stati destinati ai minori della Fondation Viviane (54) e a 10 famiglie del secondo gruppo di minori assistiti dal programma di lotta alla malnutrizione che ne sono stati dimessi nel mese di luglio, ma che secondo il giudizio del medico e del rappresentante dei Relais Communautaires necessitano ancora e più di altre di essere seguite e di diventare oggetto di attenzione (all 307 e fotografie allegate).

Lo specialista agronomo ha espresso una valutazione positiva sulla qualità dell'intervento e sulla competenza dei responsabili locali, avanzando alcuni suggerimenti sulla necessità di ulteriori dotazioni e l'opportunità di alternare le colture con barriere vive (all330).

Il direttore espone che le coltivazioni, con l'inizio della stagione delle piogge in ottobre, hanno avuto un incremento importante (all 371)

L'agronomo di Lubumbashi, all'esito della selezione e della formazione delle famiglie, ne ha individuate alcune (17) che hanno la disponibilità di terreni dove svolgere coltivazioni di ortaggi: infatti, per la semina di

mais e soia occorrono grandi quantità di acqua (all 228, rapporto dell'agronomo) e dunque occorre attendere la stagione delle piogge. Per queste famiglie è iniziata una formazione specifica (all 228), che è continuata nel mese di giugno (all 258) e d è stata ulteriormente approfondita nel mese di luglio, prima del previsto acquisto dei materiali in vista della preparazione del terreno e della semina. La formazione è stata finalizzata alla creazione di un senso di comunità, alla responsabilizzazione e alla presa di coscienza di un livello adeguato di autonomia (all 258). Nel mese di luglio sono state organizzate tre giornate di formazione per 35 famiglie (*rectius*, madri di famiglia, ivi comprese quelle del primo gruppo di 17) dei minori ammessi al programma di lotta alla malnutrizione, dei villaggi di Kanyaka, Shinga e Tshamba. La formazione, diretta dall'agronomo e dalla nutrizionista con la partecipazione di alcuni volontari italiani di Amka, a loro volta formati specificamente in Italia, è stata organizzata su tre giorni, ognuno diviso in quattro parti per la durata complessiva di circa tre ore (presentazione, testimonianze, motivazione, attività ludica). L'obiettivo specifico non è stato quello di dotare le madri di competenze tecniche, ma di rinforzare le motivazioni individuali e di creare un senso di comunità, e in questo modo di contribuire a *"creare una maggiore coscienza delle loro capacità, del loro ruolo e del possibile contributo nel migliorare le condizioni di accesso all'alimentazione e alla salute dei loro figli"*, come scrive il tecnico agronomo nel rapporto in all. 277. Cfr altresì doc fotografica in F24. Nel mese di agosto sono stati distribuiti alle famiglie le sementi, i fertilizzanti e gli insetticidi, oltre che alcuni utensili indispensabili (cesoie, spruzzatori, innaffiatoi, zappe). Le donne ricevono assistenza e visite periodiche, e sono impartite istruzioni per prevenire le malattie e garantire un'adeguata irrigazione. (all 345). Nel mese di settembre sono iniziate le coltivazioni, ed è stato elaborato e somministrato un questionario per verificare l'acquisizione di conoscenze (all 359).

Nel mese di ottobre (all 376) sono proseguite le coltivazioni per il primo gruppo di donne ed è stato individuato un secondo gruppo di 17 madri di famiglia da avviare alle coltivazioni. I terreni di Amka di Kanyaka sono stati preparati per iniziare due tipi di coltivazioni: agroalimentari in genere per la zona che non ha facile accesso all'acqua e orticoltura per la zona dove l'acqua è abbondante (all 376).

TERZO TRIMESTRE

Dopo l'inoltro del report annuale, è stato inoltrato un rapporto dell'agronomo di Kananga relativo al terzo trimestre, nel quale riferisce le attività svolte e che il rendimento di: amaranto arachidi e mais è stato buono (all 391). I prodotti sono stati distribuiti alle 40 famiglie (del terzo gruppo, *ndr*, quelle cioè che nel periodo erano ammesse al programma) durante la distribuzione dei kit alimentari. In quell'occasione è stata data una dimostrazione su come preparare e combinare questi alimenti.

A Lubumbashi, l'agronomo ha provveduto a distribuire al secondo gruppo di 17 donne sementi e attrezzature, e ha fornito loro formazione sui metodi di coltivazione. Inoltre, ha iniziato la semina di mais e verdure sui terreni di Amka (all 400). Questa stagione rappresenta un momento cruciale per consolidare i progressi raggiunti e gettare basi solide per il futuro del progetto. Con l'impegno continuo del team e il sostegno delle comunità locali, il progetto si conferma come un punto di riferimento per il miglioramento delle condizioni alimentari e agricole nella regione.

Nel mese di dicembre sono continuate le coltivazioni nei campi gestiti dalle 17 famiglie individuate in agosto e delle ulteriori 17 individuate in ottobre (all 443). L'agronomo ha seguito le coltivazioni e distribuito i fertilizzanti (all 443, 444) e ha organizzato e supervisionato le colture dei due terreni di Amka. In considerazione della loro prossimità con le scuole, ha tenuto sessioni di scienze naturali per gli alunni, dando informazioni sui differenti tipi di coltura e sulle fasi del loro sviluppo (all 443).

Nel mese di gennaio, uno dei due terreni di Amka ha cominciato a dare frutti, e i prodotti, riferisce l'agronomo, sono stati distribuiti ad alcune famiglie di Kanyaka. Tuttavia, non ne precisa il numero, per cui non sarà considerato nel totale dei beneficiari (all 469).

Nel mese di febbraio, l'agronomo ha selezionato in collaborazione con la nutrizionista 10 famiglie in situazione di particolare vulnerabilità del villaggio di Kanyaka, e ha distribuito loro i prodotti coltivati sui terreni Amka (ortaggi) (all 481).

Nel mese di marzo non è stata effettuata alcuna raccolta (prevista quella di ortaggi e della soia per il mese di giugno). L'agronomo si è pertanto dedicato al controllo delle coltivazioni e all'elaborazione di un questionario finalizzato a verificare l'efficacia dell'intervento (all 510), la cui prima "batteria" di domande è stata sottoposta alle madri capofamiglia.

Nel mese di aprile è proseguita l'attività di monitoraggio delle colture in essere, e sono state individuate 10 madri di famiglie particolarmente vulnerabili alle quali destinare il raccolto della soia nei campi di Kanyaka (all 531).

Per quanto riguarda le coltivazioni di Kinshasa, il direttore, nel suo rapporto di novembre (all 404) riferisce che: *"durante il mese di novembre, con la stagione delle piogge ormai pienamente avviata, le attività agricole del progetto hanno continuato ad intensificarsi. Le colture di mais, soia, arachidi, e altre verdure stanno beneficiando significativamente delle"*

	<i>abbondanti precipitazioni, che favoriscono una crescita rigogliosa. In questa fase, i lavori si sono concentrati sul monitoraggio delle piante già seminate, la gestione e rimozione delle erbacce e la protezione delle colture dagli effetti negativi delle piogge intense, come il rischio di ristagni idrici. A conclusione del primo anno di raccolto, il progetto continua a registrare progressi significativi. Le coltivazioni avviate non solo stanno fornendo alimenti ricchi di proteine ai minori coinvolti, migliorando visibilmente la loro alimentazione, ma stanno anche contribuendo a rafforzare la sicurezza alimentare delle loro famiglie. La formazione agricola rivolta alle famiglie sta dando risultati concreti: i partecipanti stanno implementando le nuove tecniche apprese, migliorando la resa agricola e adottando pratiche sostenibili."</i> Nel mese di dicembre, la stagione delle piogge ha continuato a offrire condizioni favorevoli per le attività agricole. Le colture di mais, soia, arachidi, melanzane e altre verdure hanno raggiungendo fasi avanzate di crescita, grazie all'equilibrio tra precipitazioni regolari. Tuttavia, gli scrosci intensi in alcune aree hanno richiesto interventi mirati per mitigare i rischi di ristagni idrici e erosione del suolo, proteggendo così la qualità dei raccolti. Le attività si sono concentrate su due fronti principali. 1. Gestione delle colture in crescita: le comunità agricole coinvolte hanno intensificato la manutenzione delle piante, inclusa la rimozione delle erbacce e il rinforzo delle barriere naturali per proteggere le colture. 2. Preparazione per la raccolta: in alcune aree, si è iniziato a pianificare la raccolta per le colture precoci, assicurando che le famiglie abbiano accesso immediato ai prodotti per il consumo e la vendita (all 441). In gennaio, si è registrata la raccolta sui terreni Afdeco di manioca (3.500 kg), di arachidi (2.500 kg), di melanzane (350 Kg) e cetrioli (525 Kg). I prodotti sono stati distribuiti a 20 famiglie del quartiere Kimwenza Takikalae a 20 famiglie del quartiere Mitendi, nei seguenti quantitativi: 50 kg di manioca, 50 kg di arachidi, 5 kg di verdure per ogni famiglia. Il resto della produzione è stata destinata ai minori accolti all'Istituto Afdeco (all 467). Nel mese di marzo dalle coltivazioni AFDECO si sono raccolte le prime mille banane (all 495), destinate alle famiglie già beneficiarie e ai minori dell'orfanotrofio, e si sono rinnovate le colture di banane <i>plantain</i> (da cottura) e da consumo.
OUTPUT	Sono state allestite 7 coltivazioni destinate alle comunità (centri di accoglienza o gruppi di famiglie) e 34 coltivazioni monofamiliari

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:

288 minori migliorano la propria alimentazione:

184 famiglie (pari al 21,7% delle famiglie ammesse al programma di lotta alla malnutrizione (il 100% di quelle che accedono agli orti e coltivazioni) hanno migliorato l'alimentazione dei figli con l'allestimento di coltivazioni di alimenti proteici

104 minori ospiti di due Centri (cfr dichiarazioni all 494 e 522, Fondation Viviane e Afdeco, pari al 45% circa) hanno migliorato l'alimentazione

Si segnala l'errore materiale e la conseguente incongruenza dei dati riportati come IOV nella scheda di progetto. 200 minori non possono corrispondere alla somma tra il 25% di quelli ammessi al programma e l'80% di quelli residenti nei centri. Posto che i minori dei quattro centri sono circa 240 (salvo fluttuazioni) e le famiglie ammesse dovevano essere 768, l'80% dei primi corrisponderebbe a 192, e il 25% dei secondi corrisponderebbe a ulteriori 192. Si considera dunque, ai fini della valutazione, il numero di beneficiari indicati (200 - 100 nei centri e 100 in famiglia)

FONTI DI VERIFICA:

rapporti e relazioni degli agronomi, dei coordinatori e del direttore del progetto, accordo per la realizzazione di coltivazioni comunitarie a Kinshasa. Rapporto dell'esperto agronomo. Rapporto di monitoraggio del responsabile del progetto

rapporti coordinatori: n. 266,300,346,371,375,404,441,444,467,495,531

monitoraggio: M11

R3 att. 3.1: n. 81,86,87,109,143,164,165,196,197,228,258,277,307,330,341,345,359,376,391,400,443,469,510

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI

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

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI RAGGIUNTI:

Si tratta dei minori ricoverati nei centri Fondation Viviane (55) e Afdeco (49) e dei seguenti minori in famiglia: Kinshasa, 50, Lubumbashi 54 Kananga 80. Per un totale di 283 minori. Si segnala che sarà possibile raggiungere il numero dei beneficiari solo nel momento in cui le coltivazioni andranno a regime.

Indiretti: le comunità dove vivono i minori

	Beneficiari previsti	Prima annualità	Terzo semestre (totali)	TOTALE	delta
Minori nei centri	100	89	104	104	+ 4%
Minori in famiglia	100	67	117	184	+84%
(Famiglie)	100	67	117	184	+84%
Totale minori	200			288	+44%

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 (Fondation Viviane, Afdeco) 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 rispettivamente 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: **799** minori sono stati beneficiari di sorveglianza e hanno ricevuto assistenza sanitaria. **916** sono state per i minori le cure generiche che hanno migliorato il loro stato di salute, e **98** quelle 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 Kanyaka 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, attese 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

PRIMO SEMESTRE

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, Aurore 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 Aurore 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 all 107	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	24	24	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
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 all 208	6	5
TOTALE	42	23

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. Si tratta di:

mese	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. Inoltre, di precisare anche la patologia (a fini statistici).

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.

Per quanto riguarda la sorveglianza sanitaria: i minori del centro Colk, alla data del 31.12.2023, erano 96 (all. 93), quelli di Afdeco 39 (all. 98) quelli di Aurore 49 (all. 15), quelli della Fondation Viviane 54 (all. 8). Colk, Fondation Viviane e Afdeco danno accoglienza anche a bambini in età prescolare, al contrario di Aurore. Non è possibile indicare il numero dei minori del quartiere che fa riferimento ad Aurore in quanto il medico ha iniziato a rilevare il dato solo dal mese di maggio. I minori che usufruiscono del servizio di fisioterapia (cfr infra att. 6.1) sono stati 101.

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). Il totale dei minori che hanno ricevuto sorveglianza sanitaria è stato pertanto di 589.

SECONDO SEMESTRE

Il medico dell'Ospedale Kilimaniconcontinua a essere 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
5\24all. 223	10	5	
6\24 all 253	7	4	
7\24all 286	5	5	1
8\24 all 326	2	4	
9\24 all 331	3	4	
10\24 all 367	3	4	
TOTALE	30	26	1

Il medico dell'Ambulatorio di Leda presso l'associazione Aurore è presente più giorni alla settimana e visita costantemente i bambini dell'orfanotrofo e del quartiere, dando loro le cure necessarie. Rassegna mensilmente dai quali risultano i minori curati e le patologie riscontrate. Si tratta di:

mese	Istituto	quartiere
5\24 all. 251	3	1
6\24all 273	4	5
7\24all 280	3	4
8\24all 319	4	5
9\24all 332	4	4
10\24	5	3
TOTALE	23	22

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 ha rassegnato 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
5\24 all. 242	4	4	23	10	33	2
6\24all 243	4	4	15	17	32	8
7\24all 270	4	4	28	15	43	10
8\24all 314	4	4	22	18	40	5
9\24all 333	4	4	11	13	24	7
10\24all 370	4	4	20	10	30	9
TOTALE	24	24	119	83	202	41

Per quanto riguarda l'attività di sorveglianza, il numero dei minori che ne hanno usufruito nel primo semestre (589) è aumentato di 34 (minori del servizio di fisioterapia secondo semestre) e di 22 (minori del quartiere che fa riferimento ad Aurore), per un totale di 645.

TERZO SEMESTRE

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 ha rassegnato 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\24 all. 410	5	5	22	11	33	19
12\24all421	4	4	16	17	33	17
1\25 all454	4	4	17	8	25	11
2\25 all474	4	4	22	9	31	9
3\25 all488	4	4	20	11	31	16
4\25 all548	3	3	9	7	16	3
TOTALE	24	24	106	63	169	75

Nel mese di febbraio, a seguito di esami specialistici, è stata diagnosticata la tubercolosi per un bambino di Colk. Sei altri casi sospetti sono attentamente seguiti e monitorati ed è iniziata una campagna di prevenzione.

Il medico dell'Ospedale Kilimaniconcontinua a essere 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
11\24 all. 415	22	5
12\24all. 436	4	6
1\25 all 457	4	7
2\25 all 483	2	6
3\25 all 493	8	5
4\25 all	3	5
TOTALE	43	34

Si segnala che nel mese di novembre un'epidemia influenzale ha coinvolto un grandissimo numero di bambini della Fondation, e che l'avanzare della stagione delle piogge ha portato una recrudescenza degli episodi (ciclici, in quanto la malattia è residente praticamente in tutta la popolazione) di malaria. Su 22 bambini ben 20 sono stati curati per "paludismesimple" e "sindrome grippale", che presentano sintomi analoghi e

si presentano spesso associati (all 415).

Il medico dell'Ambulatorio di Leda presso l'associazione Aurore è presente più giorni alla settimana e visita costantemente i bambini dell'orfanotrofio e del quartiere, dando loro le cure necessarie. Rassegna mensilmente rapporti dai quali risultano i minori curati e le patologie riscontrate. Si tratta di:

mese	Istituto	Quartiere
11\24 all. 411	4	3
12\24all437	3	4
1\25 all468	4	4
2\25 all487	4	4
3\25 all535	3	4
4\25 all536	4	3
TOTALE	22	22

Gli istituti dichiarano che al termine del progetto i minori accolti sono stati: 55 alla Fondation Viviane (all 494), 49 ad Afdeco (all 522), 101 a Colk (all523), 49 a Aurore (all 524)

OUTPUT

Sono state garantite sorveglianza sanitaria e cure per 254 minori degli istituti, 172 del servizio di fisioterapia (83 sono stati curati), 123 del quartiere che fa riferimento all'ambulatorio dell'associazione Aurore, nonché sorveglianza sanitaria per 250 bambini dei villaggi di Kanyaka e Mose.
Sono state garantite sorveglianza sanitaria per 799 minori e cure generiche, come da tabella che segue, per 916 minori (*rectius*, 916 prestazioni sanitarie, in alcuni casi più di una per un solo minore):

	FV e fisioterapia	Aurore	Afdeco e Colk	Totale
I semestre	65	56	202	323
II semestre	56	45	202	303
III semestre	77	44	169	290
TOTALE	198	145	573	916

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:

799 minori hanno avuto accesso a cure generiche. Il 100% dei minori beneficiari 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 situazione di gravità o particolare criticità)

FONTI DI VERIFICA:

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

R4 att. 4.1: n. 8,15,28,45,60,71,91,92,93,95,98,99,107,108,121,123,127,145,148,149,166,191,200,208,223,242,243,251,253,270,273,280,286,314,319,326,331,332,333,367,374,410,411,415,422,436,437,454,457,468,474,483,487,488,493,522,523,524,535,536,537,548

R7 att. 7.1 n.79,494

R8 att. 8.1 n. 15,17,18,58,67,80,94,114,247

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:

Sono stati beneficiari di sorveglianza sanitaria 254 minori degli istituti, 172 del servizio di fisioterapia (83 sono stati curati), 123 del quartiere che fa riferimento all'ambulatorio dell'associazione Aurora, 250 bambini dei villaggi di Kanyaka e Mose, per un totale di 799.

Sono stati 916 le cure praticate

	Beneficiari previsti nel periodo	Prima annualità	delta
Minori (sorveglianza)	701	799	+13%
Cure (minori)	701	916	+31%

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, Aurora 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 state acquistate le attrezzature indispensabili per effettuare le misurazioni dei dati antropometrici dei minori (bilance, c.d. <i>toises</i>). 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. Le fonti di verifica sono costituite dalle ricevute, allegate al rendiconto contabile, e dai rapporti dei centri medici. I minori ammessi al programma di lotta alla malnutrizione hanno ricevuto antiparassitari (albendazole) e vitamina A. Considerando i soli minori curati(att. 4.1), sono stati acquistati medicinali per i seguenti: <table><tr><td></td><td>Fondation Viviane</td><td>Aurore</td><td>Afdeco e colk</td><td>totale</td></tr><tr><td>I semestre</td><td>65</td><td>56</td><td>202</td><td>323</td></tr><tr><td>II semestre</td><td>56</td><td>45</td><td>202</td><td>303</td></tr><tr><td>III semestre</td><td>77</td><td>44</td><td>169</td><td>290</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>916</td></tr></table>		Fondation Viviane	Aurore	Afdeco e colk	totale	I semestre	65	56	202	323	II semestre	56	45	202	303	III semestre	77	44	169	290					916
	Fondation Viviane	Aurore	Afdeco e colk	totale																						
I semestre	65	56	202	323																						
II semestre	56	45	202	303																						
III semestre	77	44	169	290																						
				916																						
OUTPUT	Sono stati acquistati farmaci e strumenti medicali per 916minori dei Centri Colk, Afdeco, Fondation Viviane (compresi i minori ammessi alle cure fisioterapiche),edel quartiere dell’Ambulatorio Aurore. Sono stati acquistati farmaci per i minori del centro di salute di Kanyaka e Mose (250 destinatari di sorveglianza e 67 curati nel centro di salute. att. 4.3).																									

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 nel primo semestre: **323**. Inoltre, i minori del programma di lotta alla malnutrizione che hanno avuto vitamina A e albendazolo.

Numero dei minori che ha avuto accesso alle cure nel secondo semestre: **303**. Inoltre, i minori del programma di lotta alla malnutrizione che hanno avuto vitamina A e albendazolo.

Numero dei minori che ha avuto accesso alle cure nel terzo semestre: **290**. Inoltre, i minori del programma di lotta alla malnutrizione che hanno avuto vitamina A e albendazolo.

Numero dei minori della zona di Kanyaka e Mose che ha avuto accesso alle cure nel primo e nel secondo semestre – cfr. attività 4.3: **51**. E nel terzo semestre: **16**. Numero dei minori che hanno ricevuto assistenza: **250**. 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

R4 att. 4.1: n. 8,15,28,45,60,71,91,92,93,95,98,99,107,108,121,123,127,145,148,149,166,191,200,208,223,242,243,251,253,270,273,280,286,314,319,332,333,367,374,410,411,415,422,436,437,548,454,457,468,474,483

Le fonti di verifica "fatture medicinali" sono costituite dalle ricevute, allegate al rendiconto contabile

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:

916 minori (ammessi alle cure fisioterapiche, curati dall'Ambulatorio Aurore, dei centri Colk, Afdeco e Fondation Viviane), **67** minori beneficiari nella zona di Kanyaka e Mose. Per un totale di **983** minori. Inoltre, i minori ammessi al programma di lotta alla malnutrizione. Si segnala che i farmaci necessari alle cure dei minori di Kinshasa ricoverati e di cui all'attività 4.3 sono forniti dai centri medici, e dunque non sono considerati. Non si considerano i minori destinatari di sorveglianza sanitaria – ma non di cure praticate nel periodo - del centro di salute di Kanyaka e Mose (250), anche in ragione del fatto che il numero previsto di beneficiari è stato ampiamente raggiunto.

	Beneficiari previsti	totale	delta
Minori	701	983	+40%

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
-----------------	--

	<i>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</i>
OUTPUT	<i>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</i>

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 1):

ATT. 4.3

PRIMO SEMESTRE

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 marzo/aprile si è trattato di 3 casi (all 239). Per bambini della Fondationsi 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).

SECONDO SEMESTRE

Il medico Amka Katanga certifica che nei primi mesi **11** minori sono stati ricoverati e curati al Centro di salute di Kanyaka e Mose (all 229, 230). Nei mesi di giugno\ottobre sono stati **26** i bambini ricoverati, dei quali sono allegate le schede sanitarie (all 381, 382).

Il medico del centro ICS certifica che **due** minori sono stati sottoposti a intervento chirurgico in data 26 giugno (con esito soddisfacente e dimissione il 3 luglio - all 244). **Un** minore, nel mese di ottobre, è stato sottoposto con successo a intervento chirurgico per correzione di ginocchio valgo (all 340), **un** minore è stato sottoposto a esami specialistici e cure a causa di una forma di encefalopatia causata da sofferenza fetale.

Il medico dell'ambulatorio Aurore certifica che **due** minori sono stati sottoposti con esito soddisfacente a intervento chirurgico nel mese di agosto per ernia inguinale scrotale (all 312 e 313).

Nel mese di ottobre sono stati effettuati a cura di ICS esami specialistici complessi per **una** minore affetta da tetraplegia di una famiglia che fa riferimento all'Istituto Colk. La relazione sarà resa nel mese di novembre, a esami completati.

TERZO SEMESTRE

Nel terzo semestre ICS certifica di aver effettuato **4** operazioni chirurgiche per: ernia bilaterale, osteotomia bilaterale, osteosintesi (due), all 421. Nello stesso rapporto riferisce degli esiti dell'intervento di ottobre (correzione di ginocchio valgo). Nel mese di febbraio ICS attesta di aver effettuato **un** intervento di asportazione di un'ernia e **un** secondo di ablazione di materiale di contenzione a seguito di una intervento ortopedico, e **due** esami specialistici (all 462). Inoltre, riferisce di un caso complicato, la bambina Kabula Therese, per la quale sono stati coinvolti i reparti di reumatologica, ematologia, medicina interna e ortopedia della clinica universitaria di Kinshasa. E' stato effettuato un intervento di osteotomia laterale sinistra per correggere le importanti deformazioni ossee e la durata del ricovero è stata di due mesi circa. Infine, riferisce di **un** caso di tubercolosi a Colk, e della necessità di una vaccinazione urgente per tutti i minori residenti. Il 25 febbraio è stato segnalato che OMS ha sospeso l'approvvigionamento di farmaci nella RDC, in conseguenza delle immediate e gravissime ripercussioni finanziarie che la decisione del Presidente degli Stati Uniti di interrompere il finanziamento a UsAID ha comportato su UNICEF e in generale sulle

	agenzie internazionali di cooperazione. Il medico referente di ICS, pertanto, ha segnalato che l'acquisto di farmaci anti-tubercolosi è immediatamente diventato più problematico: la Zona di Santé cui fa riferimento Colk ha sospeso la fornitura gratuita anche dei pochi prodotti che poteva garantire, e i prezzi sono immediatamente aumentati. Ciò comporterà un aggravio finanziario per il progetto, per la necessità di trattare immediatamente il minore affetto da tubercolosi e i casi sospetti (alla data del 25 febbraio, in numero di 6). Nel mese di marzo, all. 488, sono stati eseguiti un intervento di osteosintesi dell'ulna e uno di rimozione di placche metalliche per il bambino precedentemente operato. A Kanyaka e Mose, nei mesi novembre 2024\gennaio 2025, 16 minori, dei quali sono allegate le schede sanitarie (all. 465) sono stati ricoverati e curati al Centro di salute di Kanyaka e Mose (all. 464, 465).
OUTPUT	Nel primo semestre, sono stati adeguatamente curati 27 minori che necessitavano di trattamenti specialistici, ricoveri e interventi chirurgici complessi. Nel secondo semestre, sono stati adeguatamente curati 44 minori che necessitavano di trattamenti specialistici, ricoveri e interventi chirurgici complessi. Nel terzo semestre, 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 Aurore 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:

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

FONTI DI VERIFICA:

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

R4 att. 4.3: n. 120,144,229,230,239,244,312,313,340,381,382,421,462,464,465

R4 att. 4.1: n. 28,91,107,488

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI

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

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI RAGGIUNTI:

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

	Beneficiari previsti	Prima annualità	Terzo semestre	TOTALE	delta
Minori	30	71	27	98	+ 226%

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. 172 famiglie, di cui 122 di minori che per la prima volta sono stati curati dal servizio di fisioterapia (att. 6.1), hanno ricevuto 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

PRIMO SEMESTRE

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", cfr. attività 6.1, 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). Ricontra un sempre maggiore miglioramento dei rapporti familiari, in ragione della maggiore consapevolezza delle ragioni dello stato dei propri figli (all 101 e all 125). Tuttavia, nel mese di febbraio, riconosce 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)

SECONDO SEMESTRE

Lo psicologo ha proseguito nella sperimentata attività di assistenza alle famiglie (nel secondo semestre, 34 "casi nuovi"), dando atto del numero di incontri individuali e collettivi, nonché delle difficoltà rilevate.

mese	Incontri collettivi	Incontri individuali nuovi casi	Genitori minori conosciuti	di già	Totale incontri individuali
Maggio 24	4	7	3		10
Giugno 24	4	6	2		8
Luglio 24	4	6	4		10
Agosto 24	2	6	6		12
Settembre 24	4	10	0		10
Ottobre 24	1	5	5		10
	19	40	20		60

Nel mese di maggio (all 222) non segnala particolari criticità nuove (proseguono le difficoltà per tre coppie che ritengono i propri figli vittime di stregoneria). Segnala la sempre maggiore consapevolezza delle famiglie che i loro bambini non possono sperare in un recupero totale delle capacità motorie e cerebrali, e che questo spesso provoca una rabbia indistinta e un continuo tentativo di individuare una causa e una responsabilità esterna (fosse anche solo l'affermazione della "ingiustizia" della vita) che le abbatte e paralizza. Per questa ragione devono essere seguite e guidate a concentrare le energie sull'obiettivo raggiungibile. Nel mese di giugno (all 252) riferisce sei nuovi casi, e la necessità di visite a domicilio per casi di violenza intrafamiliare. Nel mese di luglio (all 287), il professionista segnala la necessità di due incontri a domicilio (con costi dei trasporti a carico della FV) e il caso di due donne cacciate dal marito perché "colpevoli" di aver partorito un bambino portatore di handicap. Nel mese di agosto segnala, per la prima volta dall'inizio del progetto, che nessuna delle sei famiglie dei c.d. "casi nuovi" presenta problematiche particolari o conflitti. Riferisce che, ricevuto un sostegno economico diretto da parte della Fondazione, è iniziato un programma di visite a domicilio (all 334). Il mese di settembre, al contrario, è stato complicato. Una delle famiglie (intesa come famiglia allargata) dei quattro casi nuovi presenta seri problemi, a causa dei comportamenti di alcuni componenti (in particolare un fratello anziano) tanto che sono intervenute le forze dell'ordine che hanno proceduto anche ad arresti (all 335). Anche nel mese di ottobre due famiglie (delle cinque dei c.d. "casi nuovi") hanno creato problemi anche all'interno del gruppo degli assistiti. E' proseguita l'attività di sostegno per le famiglie che credono che i propri figli sono vittime di "sorcellerie" (all 368)

L'assistente sociale fornisce una relazione che riferisce dell'attività di assistenza alle famiglie dei minori che vengono per le cure fisioterapiche alla Fondazione (all 221, all 256, 289, 336, 337, 369). Partecipa agli incontri individuali e collettivi, alle attività quotidiane di accoglienza in occasione delle sessioni di trattamento, oltre che delle situazioni più gravi: nel mese di giugno, ad esempio, dei casi di violenza intrafamiliare di cui ha dato conto lo psicologo. Nel mese di luglio, agosto e settembre, riferisce degli incontri a domicilio. Inoltre, si occupa anche dei minori dell'orfanotrofio. Si segnala che nel mese di maggio due ospiti sono stati inseriti, rispettivamente, nella famiglia biologica e in una famiglia sostitutiva. Nel mese di luglio un bambino è stato reinserito nella sua famiglia di origine. Con il rapporto del mese di settembre articola meglio la storia del bambino che lo psicologo (cfr sopra) definisce maltrattato. Il fratello più grande lo ha tenuto legato così a lungo e così strettamente che oggi il piccolo è totalmente deformato (chi scrive questo rapporto ha avuto modo di conoscere il bambino, e può attestare le sue condizioni). I genitori, per proteggere il primogenito, hanno tenuto nascosta la situazione, che solo con l'intervento dei professionisti della Fondazione è stata denunciata alle autorità competenti: oggi il fratello è irreperibile e i genitori sono stati prima arrestati e poi denunciati (all 337)

TERZO SEMESTRE

Lo psicologo ha proseguito nella sperimentata attività di assistenza alle, dando atto del numero di incontri individuali e collettivi, nonché delle difficoltà rilevate.

mese	Incontri collettivi	Incontri individuali nuovi casi	Genitori di minori già conosciuti	Totale incontri individuali
Novembre 24	6	6		6
Dicembre 24	4	6		6
Gennaio 25	5	8	1	9
Febbraio 25	3	9		9
Marzo 25	4	5	4	9
Aprile 25	10	8		8
	32	42	5	47

Anche nell'ultimo semestre si presentano casi complicati: in novembre due famiglie di minori "nuovi" del servizio di fisioterapia dichiarano di ritenere che l'origine dell'handicap dei figli risieda in una stregoneria e si pongono in conflitto (all 430, 431). In dicembre due coppie affermano di essere convinte dell'esistenza di un maleficio (di una zia e una vicina), anche se confermano un forte legame affettivo con i figli (all 432). Nel mese di gennaio, sono state sospese le visite a domicilio alle famiglie, a seguito delle violenze nel Paese (all 450). Degli otto casi nuovi, tre presentano una situazione complessa, con episodi ricorrenti di violenza (all 450, 451). Anche nel mese di febbraio, tre famiglie manifestano comportamenti minacciosi e violenti, soprattutto nei confronti dei componenti della famiglia allargata, accusati di aver lanciato un maleficio ai figli (all 486). Il professionista riferisce che nel mese di marzo sono ancora 13 le coppie che necessitano di accompagnamento per rinsaldare la consapevolezza di un'origine non maligna dell'handicap (all 489). Nel mese di aprile, il professionista certifica di aver seguito 5 nuovi casi, dei quali solo uno presenta elementi di problematicità nelle relazioni parentali (all 541). L'assistente sociale fornisce una relazione che riferisce dell'attività di assistenza alle famiglie dei minori che vengono per le cure fisioterapiche alla Fondation (all 431, 433, 451, 485, 490, 542). Partecipa agli incontri individuali e collettivi, alle attività quotidiane di accoglienza in occasione delle sessioni di trattamento, oltre che al sostegno delle situazioni più gravi: riferisce che la gestione di queste problematiche – quando si presentano – è estremamente complicata, in quanto la convinzione dell'esistenza della c.d. *sorcellerie* è radicata e il rischio di abbandono molto alto (all 431, 485). Nell'ultimo rapporto psicologo e assistente sociale, nel riassumere l'esperienza alla Fondation Viviane, ne ricordano i risultati ottenuti con parole commoventi di ringraziamento, che costituiscono per NOVA la migliore prova dell'efficacia delle azioni. Lo psicologo afferma che alcune delle famiglie assistite hanno organizzato gruppi di mutuo aiuto (all 541).

Certifica che le famiglie seguite nel periodo (e cioè quelle che hanno meritato un'attenzione particolare per più di un incontro) sono state **124** (all 241). Di queste, un 10,72% sono ancora alla Fondation per le cure dei figli.

OUTPUT

Nel periodo interessato alla presente relazione, sono stati offerti formazione e sostegno continuativi – incontri collettivi e individuali – a **124** famiglie di minori portatori di handicap che si sono affidate alla Fondation Viviane. Gli incontri individuali sono stati **156**. Quelli collettivi **89**. 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 (135 famiglie nel periodo interessato alla presente relazione, cfr att. 6.1) non sono stati abbandonati. 124 famiglie sono state seguite con diversa continuità dallo psicologo della Fondation. Sono stati svolti 156 incontri individuali e 89 incontri collettivi. Degli altri IOV si è dato conto descrivendo le attività di formazione. Lo psicologo segnala i casi di famiglie che credono ancora nella c.s. "sorcellerie", ma nessuna di queste ha abbandonato i propri figli.

FONTI DI VERIFICA:

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

R5 att. 5.1: 43,44,73,75,100,101,125,126,153,154,203,203bis,221,222,252,256,287,288,289,334,335,336,337,368, 369,430,431, 432,433,450,451,485,486,489,490,541,542

R6 att. 6.1: 47,59,70,102,122,151,201,224,254,285,325,338,366,408,434,455,482,491,529

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:

Totale famiglie seguite con continuità nei 18 mesi: 124.

Quanto agli incontri svolti, sono stati 156 quelli individuali e 89 quelli collettivi

	Beneficiari previsti	Famiglie	delta
Minori	120	124	+ 3%

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: **172** minori portatori di handicap hanno ricevuto cure riabilitative; **118** 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

PRIMO SEMESTRE

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.

SECONDO SEMESTRE

Il servizio continua a inoltrare mensilmente dei rapporti, in cui dichiara: nome, cognome, età, sesso, diagnosi e trattamento di ogni singolo minore.

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

mese	Casi nuovi	
Maggio 24	7	all224
Giugno 24	6	all 254
Luglio 24	6	all 285
Agosto 24	6	all 325
Settembre 24	4	all 338
Ottobre 24	5	all 366
TOTALE	34	

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 particolare di criticità.

	Nel mese di luglio, la Fondation Viviane ha allestito nuovi locali, più confortevoli e funzionali, per svolgere le attività di fisioterapia (cfr documentazione fotografica in F25) TERZO SEMESTRE Il servizio continua a inoltrare mensilmente dei rapporti, in cui dichiara: nome, cognome, età, sesso, diagnosi e trattamento di ogni singolo minore. Si propone una tabella riassuntiva dei dati relativi al periodo, riportati nelle relazioni mensili, e in cui si indicano come beneficiari delle azioni del progetto unicamente i c.d. casi nuovi. <table><tr><td>mese</td><td>Casi nuovi</td><td></td></tr><tr><td>Novembre 24</td><td>7</td><td>all408</td></tr><tr><td>Dicembre 24</td><td>6</td><td>all434</td></tr><tr><td>Gennaio 25</td><td>8</td><td>all455</td></tr><tr><td>Febbraio 25</td><td>6</td><td>all482</td></tr><tr><td>Marzo 25</td><td>5</td><td>all 491</td></tr><tr><td>Aprile 25</td><td>5</td><td>all529</td></tr><tr><td>TOTALE</td><td>37</td><td></td></tr></table> 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 particolare di criticità.	mese	Casi nuovi		Novembre 24	7	all408	Dicembre 24	6	all434	Gennaio 25	8	all455	Febbraio 25	6	all482	Marzo 25	5	all 491	Aprile 25	5	all529	TOTALE	37	
mese	Casi nuovi																								
Novembre 24	7	all408																							
Dicembre 24	6	all434																							
Gennaio 25	8	all455																							
Febbraio 25	6	all482																							
Marzo 25	5	all 491																							
Aprile 25	5	all529																							
TOTALE	37																								
OUTPUT	Nel primo anno di progetto, il personale tecnico della Fondation ha garantito cure fisioterapiche e riabilitative gratuite per 135 minori. Di questi, 50 minori che erano già in trattamento al primo novembre e 85 casi nuovi. Nell'ultimo semestre sono stati 37 i bambini curati. I minori hanno recuperato gradi di autonomia e migliorato le proprie condizioni sanitarie. I minori non sono stati abbandonati ed è stata consolidata la consapevolezza delle ragioni dell'handicap. 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 primo anno di progetto, 135 minori portatori di handicap hanno ricevuto assistenza e cure riabilitative. Nell'ultimo semestre sono stati 37, per un totale di **172**. La totalità dei minori ha migliorato – ciascuno in misura diversa - la propria autonomia e condizione

FONTI DI VERIFICA:

Relazioni mensili del servizio di fisioterapia.

R6 Att. 6.1: n. 47,59,70,102,122,151,201,224,254,285,325,338,366,408,434,455,482,491,529

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. 122 nuovi casi.

	Beneficiari previsti	Prima annualità	Terzo semestre	TOTALE	delta
--	----------------------	-----------------	----------------	--------	-------

Minori	120	135(85 casi nuovi)	37 casi nuovi	172 (122 casi nuovi)	+ 43% + 1,7% casi nuovi
--------	-----	--------------------	---------------	----------------------	----------------------------

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, IA 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. IA ha collaborato nella verifica, nella valutazione dei risultati e della qualità.

ATTIVITA' e OUTPUT (legata al risultato 6):

ATT. 6.2	Assistenza ai minori portatori di handicap. Dotazione di protesi ortopediche 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 avvierà 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
OUTPUT	Il personale tecnico garantisce protesi per 99 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. 6.2

PRIMO SEMESTRE

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 72	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)

SECONDO SEMESTRE

Il giorno 30 giugno 2024 il container è arrivato a Matadi, porto della RDC. Nei giorni seguenti, terminate le operazioni doganali, è avvenuto il trasporto a Kinshasa. Il container è stato svuotato da volontari della Fondation Viviane e dal personale di NOVA (all F18, F19). La Fondation si è avvalsa dell'opera di un c.d. déclarant (mediatore in dogana) che si è occupato di tutte le operazioni di sdoganamento e trasporto dal porto di Matadi a Kinshasa. Si segnala, come già ricordato nella richiesta di variante inoltrata a codesta Commissione, che la Fondation ha avuto un finanziamento che ha consentito di ridurre l'impegno economico del progetto.

E' continuata secondo le sperimentate modalità l'attività del servizio di ortopedia. Si propone di seguito una tabella che riassume i dati delle protesi realizzate.

Mese	Dotazioni semplici o modifiche\riparazioni	Dotazioni complesse
Maggio 24, all 225		6
Giugno 24, all. 255		8
Luglio 24, all 287	1	5
Agosto 24, all 318		2
Settembre 24, all 339	8	4
Ottobre 24, all 365	6	3
TOTALE	15	28

Nel mese di agosto, inoltre, ha effettuato una campagna di "richiamo" per 18 pazienti già trattati, per una verifica e modifica delle protesi in dotazione (all 318)

Il tecnico ortopedico riferisce nei suoi rapporti che l'attività di presa in carico dei minori, di dotazione di protesi, di sorveglianza e controllo successivi si sviluppa in modo soddisfacente.

TERZO SEMESTRE

E' continuata secondo le sperimentate modalità l'attività del servizio di ortopedia. Si propone di seguito una tabella che riassume i dati delle protesi realizzate.

Mese	Dotazioni semplici o modifiche\riparazioni	Dotazioni complesse
Novembre 24, all 409	1	0
dicembre 2024 all 435	1	2
gennaio 2025 all 456	2	2
febbraio 2025 all 484	4	1
marzo 2025 all 492		6
aprile 2025 all 528	2	5
TOTALE	10	16

I mesi di dicembre\febbraio, per la nota situazione a Kinshasa e la riduzione della mobilità delle famiglie, hanno visto ridursi l'attività del servizio di ortopedia.

Il tecnico ortopedico riferisce nei suoi rapporti che l'attività di presa in carico dei minori, di dotazione di protesi, di sorveglianza e controllo successivi si sviluppa in modo soddisfacente.

OUTPUT

Il personale tecnico ha garantito, nel primo anno di progetto, la dotazione di **142** protesi (o coppie di protesi) per altrettanti minori. Di queste **102** protesi relativamente complesse e **40** riparazioni/modifiche di protesi già in dotazione. Nell'ultimo semestre sono state **16** le dotazioni complesse e **10** quelle semplici (e/o riparazioni). Per un totale di **118** e **50**.

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 **168** i minori ai quali è stata consegnata una protesi (o una replica o riparazione di protesi). Di questi sono **118** i minori che hanno ricevuto una protesi nuova (e dunque sono nuovi beneficiari). 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.

R4 att. 4.1: n. 8

R7 att. 7.1 n. 79

R6 att. 6.2: n. 46,72,103,124,152,202,225,255,287,318,339,365,409,435,456,484,492,528

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 interessato alla presente relazione, vi sono stati **168** diretti beneficiari. Considerando solo i minori che hanno ricevuto protesi nuove, si tratta di **118** minori.

	Beneficiari previsti	Prima annualità	Terzo semestre	TOTALE	delta
Minori nuove dotazioni	99	102	16	118	+ 19%
A ciò si aggiungano					
riparazioni o repliche		40	10	50	
Totale	99	142	26	168	+ 43%

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. La Maloca e AFN hanno collaborato nella verifica, nella valutazione dei risultati e della qualità.

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. 9 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 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.
OUTPUT	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.

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). Alla data del 31.10.2024 i minori portatori di handicap accolti dalla Fondation erano 9 (all 79) e tali sono rimasti alla data del 31.3.2025 (all 493)
OUTPUT	9 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:

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

FONTI DI VERIFICA:

relazione della Fondation Viviane

R4 att. 4.1: n. 8

R7 att. 7.1: n. 79, 494

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI

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

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI RAGGIUNTI:

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

	Beneficiari previsti	Prima annualità	Terzo semestre	TOTALE	delta
Minori	5	9	9	9	+80%

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 167 minori, che 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	PRIMO SEMESTRE 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).

SECONDO SEMESTRE

Nel mese di giugno 2024 sono state richieste agli Istituti le liste dei minori che frequenteranno i corsi nell'anno scolastico 2024\2025. Infatti, indipendentemente dal finanziamento CAI che non sarà sufficiente a pagare tutte le rette per tutti i minori, e che in ogni caso non potrebbe che pagare le rette scolastiche sino al mese di aprile del 2025 (fine del progetto), NOVA si è presa l'impegno, per quanto sarà piuttosto oneroso, di garantire a tutti la possibilità di frequentare regolarmente la scuola.

Si tratta dei seguenti importi:

	spesa(USD)	Residuo budget (al netto delle eventuali variazioni ammesse)
Colk (all 247, 328), due trimestri	7.160,00	3.101,14
Aurore, primo trimestre (all. 329)	6.880,00	2.090,55
Afdeco, due trimestri (all. 327)	4.506,00	3.767,00

Per quanto riguarda il numero dei beneficiari delle azioni del progetto, si considerano unicamente i bambini della prima classe della scuola primaria (che dunque non posso aver usufruito del pagamento delle rette scolastiche nell'anno precedente), e quelli per cui non sono state pagate le rette scolastiche nel primo semestre di progetto, e pertanto i seguenti:

Colk : sette minori della classe prima, due della seconda (Mapenzi Happy e Bola Vainqueur, uno della classe quarta (Kayowa Esther), due della classe settima (NdayDieu Vive e Kalema Sophie), per un totale di **12**.

Afdeco: 15 minori (Umba Claudia, MakilaJefthe, MakioboGeremie, Nguamu Clarisse, Umba Grace, MpotiBuyi, Maluma Joel, Kibukulu Dorcas, Bawunda Israeli, Mezi Benedicte, Kalenga Tatiana, Nseka Divine, Nduelo Benoit, NdueloGrace, Kama Micheline), per un totale di **15**.

Aurore: nessun minore

Per un totale di **27**minori.

Vengono allegate le attestazioni della Direzione delle scuole che, come richiesto dalla comunicazione CAI 0018886P del 16.9.2022 relativa al precedente progetto "in gamba, ragazzi", certificano il numero – e i nominativi – dei minori che hanno superato\non hanno superato l'anno scolastico.

Quanto ai minori ospiti dell'Istituto Afdeco e che hanno frequentato la primaria o la secondaria: la Direzione della scuola Koko Chretien attesta che un alunno è stato regolarmente ammesso, a termine del corso annuale, all'esame di stato. La direzione della scuola Les Petites Artists certifica che tutti i minori per i quali sono state pagate le rette scolastiche 2023\2024 hanno regolarmente frequentato i corsi. Uno solo dovrà ripetere l'anno, e 6, reinseriti in famiglia, lasciano l'istituto (all 259 e 260).

Quanto ai minori dell'Istituto Colk, la Direttrice della scuola Maman Cilo attesta che tutti i minori hanno regolarmente frequentato i corsi, e che 51 sono stati ammessi alla classe superiore. Due bambini hanno lasciato l'Istituto e otto bambini dovranno ripetere l'anno scolastico (all. 269)

Quanto ai minori dell'associazione Aurore, i direttori delle scuole College Saint Jean e Complexescolaire Maman Fanny dichiarano che tutti i minori per i quali sono state pagate le rette scolastiche hanno

	regolarmente frequentato i corsi scolastici, e che nessuno ha lasciato l'Istituto o dovrà ripetere l'anno (all. 275 e 276). Tuttavia, la direttrice dell'associazione Aurore informa che un ragazzo ammesso dalla scuola a sostenere l'esame di stato non lo ha superato, e dovrà essere nuovamente iscritto ai corsi. Complessivamente, per quanto riguarda i minori per i quali sono state pagate le spese scolastiche nel 2023\2024 la situazione è questa <table><tr><td>Afdeco</td><td>27 minori</td><td>26 promossi</td><td>1 (ripete l'anno)</td></tr><tr><td>Colk</td><td>64minori</td><td>52 promossi</td><td>8(ripetono l'anno)</td></tr><tr><td>Aurore</td><td>49 minori</td><td>49 promossi</td><td>1 (non ha superato l'esame di stato)</td></tr><tr><td>Totali</td><td>140 minori</td><td>127 promossi</td><td>10 (ripetono)</td></tr></table> Non si conosce il risultato scolastico dei minori di Afdeco e di Colk reinseriti in famiglia. Si presume la buona riuscita La percentuale di successo scolastico, pertanto, è pari al 92,7%. TERZO SEMESTRE L'attività si è esaurita nel secondo semestre	Afdeco	27 minori	26 promossi	1 (ripete l'anno)	Colk	64minori	52 promossi	8(ripetono l'anno)	Aurore	49 minori	49 promossi	1 (non ha superato l'esame di stato)	Totali	140 minori	127 promossi	10 (ripetono)
Afdeco	27 minori	26 promossi	1 (ripete l'anno)														
Colk	64minori	52 promossi	8(ripetono l'anno)														
Aurore	49 minori	49 promossi	1 (non ha superato l'esame di stato)														
Totali	140 minori	127 promossi	10 (ripetono)														
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. Nell'anno scolastico 2023-2024 si tratta di 140 minori.Nel mese di settembre 2024 sono state pagate le rette scolastiche dell'intero anno per gli Istituti Colk e Afdeco, e del primo trimestre per Aurore. A costi del progetto sono state imputate unicamente le spese nel limite previsto dal budget, e NOVA si è fatta carico del residuo. I beneficiari <i>nuovi</i> sono gli alunni del primo anno della scuola primaria, e quelli di nuovo ingresso negli istituti, per un totale di 27. 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

Numero dei minori (160) per i quali saranno pagate le spese scolastiche e che frequenteranno la scuola

FONTI DI VERIFICA

Ricevute del pagamento delle rette scolastiche

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

IOV: Numero dei minori (167) per i quali – nel periodo interessato alla presente relazione – sono state pagate le rette scolastiche

FONTI DI VERIFICA:

Ricevute del pagamento delle rette scolastiche: allegate al rendiconto contabile.

Dichiarazione dei centri di accoglienza relative al numero dei bambini ospitati.

R8 ATT. 8.1: N. 15,17,18,58,67,80,94,114,247,259,260,269,275,276,327,328,329

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI

Diretti: 160 minori. Indiretti: le comunità dove vivono i minori

BENEFICIARI DIRETTI E BENEFICIARI INDIRETTI RAGGIUNTI:

140 minori per l'anno scolastico 2023 – 2024.

Ulteriori 27 minori per l'anno scolastico 2023 – 2024

	Beneficiari previsti	Prima annualità	Terzo semestre	TOTALE	delta
Minori	160	167	0	167	+4%

COINVOLGIMENTO DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI:

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

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. Si sono occupati dell'acquisto delle divise – obbligatorie – e del materiale di cancelleria e didattico. AMI ha collaborato nelle fasi del controllo e della definizione delle strategie. AVSI è subentrato nelle attività previste per Amici di Don Bosco.

72

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	1655 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: 172 minori portatori di handicap, 627 minori che ricevono sorveglianza o assistenza sanitaria e/o sostegno scolastico (di cui 254 nei centri di accoglienza), 856 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	2438 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, 60 operatori delle Zones de Santé e dei Relais communautaires, 30 educatori 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.	Criteri di calcolo: 344 genitori di 172 minori portatori di handicap, 1712 genitori di 856 minori malnutriti che partecipano alla formazione e al programma di lotta alla malnutrizione, 134 genitori di 67 minori curati nella zona di Mabaya, 28 persone dello staff e dei collaboratori del progetto, 62 operatori delle Zones de Santé e dei Relais Communautaires, 55 operatori delle Zones de Santé e dei Relais Communautaires che hanno partecipato ad eventi, 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: 3.546	4.093	(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 (replicato in data 3 maggio) (allF17). E' stata data pubblicità alle attività del progetto nel corso della festa nazionale NOVA a Bologna (7\8 settembre 2024)

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

ULTIMO SEMESTRE

Nel corso dell'ultimo semestre, il direttore ha tenuto in data 11.12.2024 un incontro pubblico, a Torino (Cascina Villafranca), con partecipazione in presenza di 62 persone e on-line di 10 persone (F29), nel corso del quale ha descritto attività e risultati del progetto. E' proseguita l'attività di aggiornamento del sito dell'EA e di quelli dei partner.

Allegato 8
Rapporto descrittivo

6. CRITICITA' RICONTRATE

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 2023. 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, anche sulla scorta dell'esperienza maturata con il progetto "in gamba, ragazzi!" terminato il 31.12.2022 in piena collaborazione e con l'avallo della Commissione, 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.

Come sopra si accennava, una difficoltà è stata costituita dall'inaccessibilità, a causa di attività di guerriglia, della zona di Plateau Bateke, dove due dei soggetti locali, Fondation Viviane e Associazione Aurore, possiedono dei terreni che nella prospettiva iniziale dovevano essere utilizzati per le coltivazioni comunitarie destinate ai minori dei due centri e alle famiglie dei minori malnutriti che ai due centri fanno riferimento. Ciò ha comportato il fatto che uno dei soggetti (associazione Aurore, che non possiede altre terre) ha dovuto rinunciare al progetto, e il secondo (Fondation Viviane) lo ha localizzato in una diversa zona, più distante.

In data 8 aprile 2024 si è sviluppato un incendio all'Istituto Colk, che ha distrutto l'intero primo piano di un edificio (quello dove dormivano gli ospiti maschi più grandicelli). I ragazzi hanno dunque perduto tutto, e sono andate perdute 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 euro 48.014,00, sufficiente a finanziare la ristrutturazione dell'edificio, e di una richiesta di finanziamento all'Ufficio 8x1000 della Tavola Valdese, accolta per euro 29.420,00, per la dotazione di mezzi e alimentare. 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, brillantemente e velocemente superate. Alla data del 17 settembre, in coincidenza con il viaggio di monitoraggio del responsabile del progetto, l'istituto era pienamente ripristinato (cfr. F. 26)

Per il resto, sino al mese gennaio 2025, 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. I risultati raggiunti sono andati ben al di là delle più ottimistiche previsioni.

Come è noto, nella seconda metà del mese di gennaio si è scatenata, nell'est del paese, un'offensiva di un gruppo ribelle, M23, che afferma di voler tutelare la minoranza Tutsi del paese ma che la pressoché totalità degli analisti ritiene voler semplicemente appropriarsi del Kivu, regione ricchissima di miniere di coltan, cobalto, rame, e altro. La guerra che è scatenata, alla fine del mese di gennaio, vedeva la débâcle dell'esercito congolese, a fronte di milizie meglio armate e sostenute dalle truppe regolari del Rwanda. Gli scontri sono stati violenti, la città di Goma è stata occupata, e i ribelli hanno iniziato una marcia verso il sud Kivu, con capitale Bukavu, dichiarando di voler raggiungere Kinshasa.

Di conseguenza, nella capitale di sono verificate manifestazioni e ulteriori violenze (sono state attaccate le ambasciate di Rwanda, Francia, Stati Uniti) e si è scatenata una sorta di psicosi collettiva, indirizzata nelle sue manifestazioni più estreme contro gli stranieri. Inoltre, bande criminali hanno approfittato dei disordini e del mancato controllo del territorio per saccheggiare, rubare, rapire. L'Ambasciata italiana ha consigliato agli italiani residenti a Kinshasa, sino dalla fine di gennaio, di non uscire di casa. Air France e Bruxelles Airlines hanno sospeso i voli. Il personale ONU e delle agenzie internazionali, tranne quello essenziale, è stato rimpatriato. La situazione estremamente precaria era aggravata, per quanto riguarda il direttore, dalle sue caratteristiche somatiche. Originario dell'Etiopia, presenta tratti che ricordano quelli dell'etnia Tutsi, tanto che già nei primi mesi di permanenza a Kinshasa è stato oggetto di minacce per questa ragione, che in un caso hanno portato anche all'intervento della polizia (non a sua tutela, ma) per accertarne la nazionalità. Il giorno 31 gennaio, quello precedente al rimpatrio del personale delle agenzie internazionali, pertanto, è uscito dal paese, con un volo Ethiopian Airlines.

Le attività del progetto, fortunatamente ben avviate, sperimentate e strutturate, sono continuate, pur con le difficoltà di spostamenti immaginabili (le vie del centro della città sono insicure, almeno nelle ore serali). Il personale rimasto a Kinshasa, coordinato a distanza dal direttore e capace, a distanza di 15 mesi dall'inizio del progetto, di lavorare in autonomia avanzata, si è occupato non solo dei compiti propri e specifici (sorveglianza sanitaria, fisioterapia, ortopedia, formazione, distribuzione dei kit alimentari) ma anche della reportistica, della raccolta di fatture, relazioni e fotografie, e di ogni altra incombenza necessaria al buon andamento delle attività. Si è registrata, come era ampiamente prevedibile, una (moderata) contrazione nel numero delle famiglie che si presentano alle sessioni di formazione e ricevuta dei kit alimentari, ma la situazione consente di ritenere giustificata questa circostanza, in quanto dettata da un minimo intento di prudenza.

In data 25 febbraio 2025 si è sviluppato un incendio nei locali destinati a dormitorio dei maschi (dai tre anni in su) alla Fondation Viviane. L'origine è verosimilmente dolosa, collegata ai disordini che a Kinshasa si sono registrati, a

partire dal mese di gennaio, quotidianamente. Le conseguenze sono state fortunatamente limitate, perché l'intervento è stato pressoché immediato: il controsoffitto è bruciato, e sono andati distrutti letti, materassi, vestiti, materiale didattico (quaderni, libri, cartelle). Inoltre, sono stati perduti alcuni documenti della Fondation che erano conservati in un armadio chiuso a chiave all'interno di un piccolo magazzino. Il progetto, pertanto, non ha subito immediate ripercussioni, se non quelle che sono derivate da una maggiore difficoltà nella gestione di tutte le attività ordinarie. Si allegano foto.

Allegati al Rapporto

- 1 Allegati D6-D9 dichiarazioni e verbali trasferimento beni (in D6-D9)
- 2 Allegati M15-M18 rapporti di monitoraggio e verbali riunioni (in M15-M18)
- 3 Allegati F28-F36 Documentazione fotografica (in F28-F36)
- 4 Copia dei documenti che costituiscono fonti di verifica (relazioni dei servizi, rapporti, dichiarazione delle scuole e dei centri partner), da n. 387 a n. 914
- 5 verbale di trasferimento autovettura (in D9 negli allegati)
- 6 verbale trasferimento beni mobili (in D8 negli allegati)
- 7 dichiarazione non deducibilità IVA
- 8 dichiarazione spese generali
- 9 elenco spese generali PDF
- 10 dichiarazione cumulativa spese in contanti
- 11 dichiarazione cumulativa spese in contanti vitto
- 12 dichiarazione cumulativa spese in contanti rimborsi RECO
- 13 elenco spese generali solo carburante
- 14 elenco spese generali formato excel
- 15 elenco degli allegati – fonti di verifica
- 16 elenco ricevute spese in contanti
- 17 elenco ricevute ultimo semestre
- 18 certificato di audit del RUC
- 19 rapporto attività e beneficiari relativo all'ultimo semestre
- 20 rapporto risultati
- 21 Rendiconto contabile in formato PDF
- 22 rendiconto contabile in formato excel
- 23 richiesta di liquidazione

Bologna-Grugliasco, il 12.06.2025

Il Presidente NOVA
Massimo Vaggi

Allegato 8
Rapporto descrittivo

7. RENDICONTO CONTABILE

Sintesi delle categorie di spesa	Costo totale (nei limiti delle voci di budget approvate)	Costo %	Contributo CAI	Contributo finanziario dell'EA Coordinatore	Contributo finanziario degli EEAA partner	Contributo finanziario di eventuali altri soggetti
1. Risorse umane	275.504,81	44,32%	262.504,81	13.000,00		0
2. Spese per la realizzazione delle attività	331.063,33	53,27%	309.937,13	14.626,20	6.500,00	0
3. Informazione e comunicazione	3.000,00	0,48%	3.000,00	0		0
4. Revisore dei conti (2%) del totale	11.999,04	1,93%	11.999,04	0		0
TOTALE	621.567,18	100%	587.440,98	27.626,20	6.500,00	0
Costi Indiretti (spese generali) max 10%	60.956,81*		60.956,81			
TOTALE GENERALE	682.523,98	100%	648.397,80	27.626,20	6.500,00	0

**L'importo delle spese generali è indicato nella misura del 10% dei costi diretti. L'importo che risulta dall'allegata dichiarazione è di euro 73.673,72 e corrisponde a quanto speso.*

Allegato 8
Rapporto descrittivo

8. ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE CONTABILE

Si allegano in fogli separati e sottoscritti digitalmentegli elenchi della documentazione contabile (cronologico e spese in contanti). **Ciò per diminuire le dimensioni dei files da inviare tramite portale.**

78

Con riferimento all'indicazione della ST secondo la quale *“si richiede che la documentazione contabile sia suddivisa per voce di spesa e inserita in apposite cartelle create per la singola linea di budget. Tutti i documenti contabili devono riportare una numerazione progressiva che deve essere riportata anche nell'apposito file excel da compilare seguendo l'ordine cronologico di sostenimento della spesa”* si dà conto di quanto concordato con la ST.

Un certo non indifferente numero di ricevute riguardano più voci di budget. Ad esempio, tasse e contributi per il personale della Fondation Viviane, di NOVA e di Amka, che essendo cumulative fanno riferimento a 18 persone al mese (36, 18 per tasse e 18 per contributi) e dunque a 648 posizioni differenti in un anno, separate in diverse voci di budget. Inoltre, alcune ricevute riguardano acquisti riferibili a due voci distinte (ad es. medicine e attrezzature sanitarie). Altre ad attività di sorveglianza sanitaria e del programma di lotta alla malnutrizione. La conseguenza è che da un'analisi del solo cartaceo non sarebbe possibile desumere, se non con la lettura certosina di ogni singolo importo contenuto nelle dichiarazioni, che comunque sono allegate (come da richiesta della ST relativa al bando precedente), a quale voce di budget si riferisca quella singola quota.

Previa autorizzazione della ST, pertanto, ad integrazione dei formulari previsti dal bando, il file excelallegato è stato predisposto in modo da contenere un foglio denominato *“filtro voce budget”*, che consente, partendo da una voce di budget, di risalire a tutte le fatture o quote di fattura che si riferiscono a quella voce.

Cliccando sulla spunta dell'elenco delle voci di budget in riga 1, colonna B del foglio “filtro voce budget”, compare infatti l'elenco di tutte le ricevute relative a quella voce, comprese quelle “collettive”, in cui però già è indicata la quota riferibile alla singola linea di budget.

Inoltre, partendo da una singola fattura, si può risalire alla voce di budget alla quale si riferisce, utilizzando una funzione del foglio *“elenco crono ricevute e cambio”*, che è quello che elenca tutte le ricevute in ordine cronologico.

Il foglio infatti contiene due colonne (le prime a sinistra, n.1 e n.2). Se si “clicca” sul numero 1 (segno +) compare l'importo complessivo di ogni ricevuta ordinata cronologicamente (colonna A). Se si “clicca” sul n. 2 ogni ricevuta viene invece “esplosa” con riferimento a tutte le voci di budget che la compongono, indicate nella colonna H.

E' possibile anche cliccare sul segno + posto sotto la riga della ricevuta che interessa per vedere “esplosa” solo quella ricevuta e non tutte.

Le fatture in pdf, ciascuna corredata da dichiarazione del RUC, sono inserire nel portale in unico ordine cronologico e di numerazione.

Allegato 8
Rapporto descrittivo

9. CERTIFICATO DI AUDIT

ENTE AUTORIZZATO ALL'ADOZIONE INTERNAZIONALE (LEGGE 476/98)
ENTE MORALE (D.M.17/1/96) ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO (ISCR. REG. PIEMONTE 17/12/97)



NUOVI ORIZZONTI PER VIVERE L'ADOZIONE
ORGANIZZAZIONE DI VOLONTARIATO

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

SUI RENDICONTI E SULLA DOCUMENTAZIONE CONTABILE

79

Il certificato di audit è allegato al presente rapporto in foglio separato e sottoscritto digitalmente. **Ciò per diminuire le dimensioni dei files da inviare tramite portale**

IL PRESENTE RAPPORTO È COMPOSTO DA 78 PAGINE

Massimo Vaggi
Presidente di NOVA e responsabile del progetto

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