



PROGETTO PEDIATRIA

PER LA RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ INFANTILE

- *formazione degli operatori sanitari*
- *informazione delle famiglie*
- *controllo dello stato di salute della popolazione infantile*



Centre de Santé RUGEGE , Gatare (RWANDA)

INDICE

CARATTERISTICHE GENERALI E STRATEGIA DEL PROGETTO

- ❖ Descrizione geografica, sociale ed economica della Regione
- ❖ Funzioni sanitarie, architettura organizzativa del sistema di assistenza in Rwanda
- ❖ Misure progettuali integrate promosse nel territorio di Gatare
- ❖ Localizzazione dell'intervento e analisi epidemiologica
- ❖ I macro obiettivi del progetto e la sua articolazione in due fasi
- ❖ Profili strategici e tattici per il raggiungimento dell'obiettivo
- ❖ Correlazione e integrazione con le altre linee progettuali già promosse nella zona
- ❖ Il ruolo importante dell'Università e delle scuole di specializzazione in pediatria

FASE ATTUATIVA E OPERATIVA

- ❖ Descrizione delle attività progettuali
- ❖ Soggetto richiedente
- ❖ Soggetto attuatore in territorio Rwandese
- ❖ Soggetti delegati alle attività amministrative in Italia
- ❖ Funzione di indirizzo, coordinamento e controllo
- ❖ Durevolezza, capacità dell'iniziativa di autosostenersi nel tempo, riproducibilità
- ❖ Cronoprogramma
- ❖ Struttura dei costi e logica di cofinanziamento
- ❖ Analisi dei costi
- ❖ Bibliografia

CARATTERISTICHE GENERALI E STRATEGIA DEL PROGETTO

DESCRIZIONE GEOGRAFICA, SOCIALE ED ECONOMICA DELLA REGIONE

La Regione nella quale è localizzato il progetto si trova in una località di **alta montagna a 2500 metri di altitudine**. La maggior parte del territorio è coperta da foreste. Il clima è buono, le piogge sono violente e abbondanti da Febbraio ad Aprile e nel periodo tra Settembre e Novembre. L'estate è rappresentata dal periodo compreso tra Giugno e Agosto. Si tratta del periodo più critico dell'anno a causa dell'assenza di piogge.

Gli **interventi progettuali sono localizzati nel settore di Gatare**, nella Provincia a sud del Paese e precisamente nel distretto di Nyamagabe (Gikongoro). Da Kigali, capitale del Rwanda, per raggiungere Gatare, sono necessarie circa 4 ore e mezza di auto, di cui 2 da percorrere su strada sterrata molto disagiata. In particolare l'intervento progettuale è localizzato sulle montagne che confinano con la foresta di Nyungwe (Zaire – Nilo).

La maggior parte della popolazione vive di **agricoltura e di allevamento**. Le coltivazioni più adatte alla zona sono le patate, i piselli, il cavolo, il grano ed il the. La terra non è fertile ed è sempre necessario fare ricorso ad additivi quali la calce e l'NPK (miscela di azoto, fosforo e potassio).

Molto limitata è la parte della popolazione che usufruisce di un **salario** mensile, spesso totalmente insufficiente.

Estremamente modesta è **la presenza di infrastrutture**. L'unica strada utilizzabile è quella che collega la Regione con la città di Gikongoro, solo per un tratto asfaltata e in condizioni di percorribilità precarie (obbligatorio l'uso di fuoristrada).

Nella Regione esiste la possibilità di frequentare le **scuole materne, quelle primarie e secondarie**. Un ruolo significativo è in particolare svolto dalla missione delle suore figlie del Divino Zelo che gestisce una scuola materna che ospita oltre 300 allievi oltre ad un centro sanitario e ad attività ambulatoriali e di servizio territoriale socio sanitario (le attività sanitarie forniscono servizi ad oltre 17.000 persone).

La politica del Governo in materia sanitaria e socio sanitaria è indirizzata a responsabilizzare ogni centro operativo in una logica di auto- finanziamento ed auto- gestione. I vari centri devono dunque procurarsi tutto quello di cui hanno bisogno per raggiungere i diversi obiettivi. Il **centro sanitario di Gatare**, dove è localizzato il progetto in argomento, svolge un ruolo importantissimo ancorché, sotto il profilo tecnico, sia in grado di svolgere funzioni di bassa complessità. Gli ospedali di riferimento per gli interventi di media complessità sono situati a **Kaduha** (45 chilometri da Gatare), **Kigeme** (53 chilometri) e **Butare** (83 chilometri), tutti raggiungibili con notevole difficoltà per i ricordati problemi di viabilità.

Non esiste alcun sistema di collegamento e di comunicazione tra le diverse strutture (assenza di linee telefoniche ordinarie, non funzionamento della telefonia portatile) e tale situazione appare molto grave soprattutto per le comunicazioni riguardanti la funzione di urgenza ed emergenza sanitaria.

Malgrado il recente drammatico periodo di guerra, la **popolazione è abbastanza numerosa**. Le abitazioni sono sparse sulle colline o concentrate in villaggi o centri. Le famiglie sono costituite in media da sei persone.

Rispetto a questo complessivo contesto appare evidente il **ruolo significativo** che può essere svolto dalle **politiche di solidarietà e sostegno**. In molte situazioni l'intervento solidale si configura come strumento indispensabile. **L'aspetto formativo, in particolare, risulta privilegiato, per le prospettive di autosviluppo che può assicurare.**

La composizione sociale, tuttavia, risente fortemente delle situazioni drammatiche create con la guerra civile del 1994. Parte della popolazione è emigrata da altre zone, parte è costituita da profughi reinseriti, provenienti da zone diverse. Le autorità stanno tentando di creare condizioni di aggregazione sociale favorendo la costituzione di meccanismi di associazionismo.



CARTINA CON LOCALIZZAZIONE DEL RWANDA E DEL SETTORE DI GATARE



FUNZIONI SANITARIE, ARCHITETTURA ORGANIZZATIVA DEL SISTEMA DI ASSISTENZA IN RWANDA

Come è noto il sistema organizzativo che presiede all'esercizio delle diverse funzioni sanitarie fa riferimento principalmente a tre grandi aree:

- ❖ La prevenzione
- ❖ La diagnosi e cura
- ❖ La riabilitazione

In Rwanda la drammatica carenza delle funzioni di prevenzione e di riabilitazione affida il **ruolo fondamentale nell'erogazione dell'assistenza sanitaria alla sola funzione di diagnosi e cura**, esercitata peraltro con gravissime difficoltà e limiti, soprattutto nelle aree territoriali disagiate dove, sotto diversi profili (strade, telefonia mobile e fissa, ecc.) **non sono garantiti efficaci collegamenti**.

Il **settore di diagnosi e cura**, dove prevale la "logica ospedaliera" rispetto a quella "territoriale", fa poi riferimento a due differenti momenti operativi:

1. quello di "**elezione**", caratterizzato dalla possibilità di programmare i differenti interventi (ad esempio il ricovero in ospedale) con modalità che, di norma, fanno riferimento ad un arco temporale limitato della giornata.
2. quello **dell'urgenza – emergenza**, dove le funzioni assumono operatività con modalità non programmabili e non prevedibili con riferimento all'intero arco temporale delle **24 ore**.

Infine, per comprendere bene la particolare situazione prevista dalla normativa in Rwanda sotto il profilo dell'esercizio della professione sanitaria, va poi ricordato che, **stante il limitatissimo numero di medici presenti negli ospedali, alcune funzioni svolte da centri minori denominati "Centri di sanità"** (che si muovono in una "logica ospedaliera", **sono svolte da personale infermieristico** (prima visita, inquadramento diagnostico preliminare, prescrizione e somministrazione di farmaci, ricovero e gestione dei pazienti con problematiche di bassa complessità).

Quando i centri di sanità sono territorialmente collocati in aree dove non è garantita o è scarsamente garantita ogni forma di comunicazione rispetto agli ospedali di riferimento, il ruolo del personale infermieristico assume caratteristiche del tutto speciali che richiedono configurazioni personali e professionali di alto profilo.

Il sistema di elezione

Il sistema di elezione è minimamente presente nel Rwanda e in particolare nell'area territoriale oggetto di questo progetto. Sono una minima parte le prestazioni sanitarie effettuate presso il Centre de Santé Rugege in regime di elezione, così come avviene nei centri di sanità limitrofi di Musebeya, di Mushubi, di Nyarwungo e di Mbuga e negli ospedali di riferimento (Kaduha e Kigeme)

Uniche eccezioni sono:

- **Visite ambulatoriali;** Gli accessi pediatrici all'ambulatorio del centro di Gatare sono effettivamente molto numerosi, ma le patologie che vengono riscontrate il più delle volte, secondo la nostra ottica occidentale, richiederebbero prestazioni in regime di urgenza (e talora di emergenza) e non di elezione. Chi si reca alla visita medica lo fa generalmente con grave ritardo, spesso dopo aver tentato "cure tradizionali" senza successo. La maggior parte dei bambini sottoposti a visita richiederebbe un ricovero urgente per ricevere cure adeguate e sicure.
- **Visite prenatali;** le donne in stato di gravidanza sono sistematicamente invitate ad effettuare visite periodiche presso il centro a partire dai primi segni di gravidanza, ma sono poche ad accogliere l'invito, e, quelle poche vi si rivolgono solo nell'imminenza del parto rendendo di fatto vano ogni progetto di prevenzione fino ad ora intrapreso.
- **Diagnosi e monitoraggio dei pazienti HIV positivi;** Viene proposto a tutta la popolazione lo screening HIV mediante test rapido. In questo particolare contesto ci interessa sottolineare che viene prestata particolare attenzione alle coppie in attesa di un figlio e ai giovani prima del matrimonio. Per quanto riguarda i nati da madre infetta, viene loro assicurata assistenza e terapia.
- **Vaccinoprofilassi;** Una elevata percentuale (si parla dell'80% dei neonati denunciati all'anagrafe) di bambini tra i due e gli otto mesi viene regolarmente sottoposta alle vaccinazioni obbligatorie, sia presso i centri sanitari che in postazioni allestite sul territorio.



Vaccinazioni a Gatare



corsia del Centro di Sanità di Gatare

Al di fuori di questi aspetti, non si può parlare di cure mediche in regime di elezione nell'area territoriale di Gatare. L'assistenza domiciliare poi è assolutamente inesistente, se si escludono alcune forme di "medicina tradizionale" assolutamente empirica e spesso dannosa per la salute dei pazienti.

La situazione presso gli altri centri di sanità non è all'altezza di quello di Gatare, in alcuni non vi è la possibilità di effettuare alcun ricovero, in altri manca il centro nutrizionale, In nessuno viene effettuata la diagnostica dell'AIDS.

Gli ospedali di riferimento sono dotati di maggiori attrezzature (attrezzature di Radiologia, di laboratorio, sale operatorie, centrali di sterilizzazione, ecc.) che tuttavia spesso non sono operative a causa di mancanza di personale, o più frequentemente, per mancanza di manutenzione o di corrente elettrica. Anche negli ospedali comunque l'attività sanitaria riguardante il campo dell'elezione è ridotta ai minimi termini e la quasi totalità degli interventi (medici o chirurgici) riguarda il settore dell'urgenza-emergenza.



Ospedale di Kaduha: sala radiologia



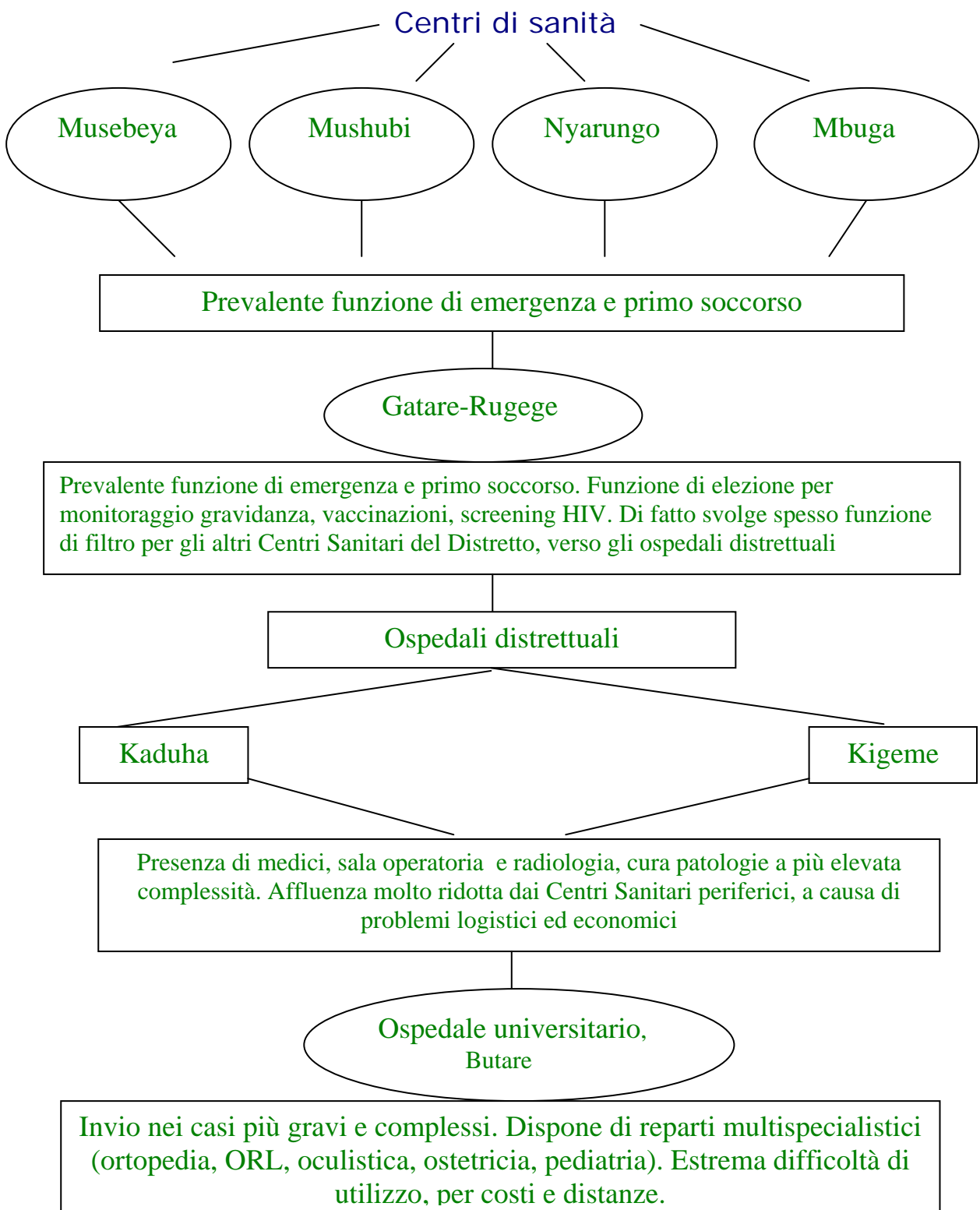
sala operatoria



Laboratorio di analisi

In ogni caso per fare riferimento a tali ospedali esiste la difficoltà logistica (strade poco praticabili, i costi elevati per il trasferimento e l'estrema carenza di mezzi di trasporto, in un contesto in cui più del 50% della popolazione è in stato di povertà).

Distretto Nyamagabe : Sistema di elezione



Il sistema di urgenza – emergenza

La non comunicazione tra le diverse strutture, per i motivi già ricordati, **crea problemi gravissimi** per la salute dei pazienti che, soprattutto nei casi di emergenza, non possono avere cure sollecite in centri con servizi adeguati e carica di responsabilità difficilmente gestibili il personale infermieristico, quando lo stesso opera senza il diretto supporto del medico e delle attrezzature necessarie.

Rispetto a questa realtà, va considerato che la **situazione territoriale** si presenta estremamente difficoltosa, moltissime strade sono sterrate, con fondo stradale sconnesso e nei periodi di pioggia la percorribilità diventa impossibile. Anche nei casi in cui la praticabilità fosse assicurata, ogni trasporto sanitario e ogni accesso all'ospedale deve essere pagato dai cittadini. Oltre il 50% della popolazione vive in condizioni di estrema povertà.

E' necessario ricordare infine che una vasta parte del territorio del Rwanda, in particolare quello più montuoso, **dove si trova il settore di GATARE**, non è in grado di garantire alcun sistema di telefonia fissa o mobile. Di qui l'inesistenza di qualunque comunicazione.

L'unico sistema possibile, in queste zone, è fornito dalle comunicazioni **radio**, come già avviene per le forze di polizia e per le forze armate.

La consultazione via radio può dunque aiutare a risolvere, in parte, tutti questi problemi. I centri sanitari non restano isolati e l'estrema difficoltà a garantire il trasporto può, in molte situazioni, essere superata dal supporto specialistico che arriva via radio, dove non esistono altri mezzi di telefonia, proprio come nell'area in cui è prevista la sperimentazione.

Il sistema di urgenza – emergenza è disegnato dalla programmazione sanitaria con riferimento a **funzioni attribuite ad alcuni presidi ospedalieri e territoriali che devono essere coordinate tra loro.**

Le funzioni svolte da ogni presidio interessato al sistema possono assumere **differenti intensità di azione** in relazione al **grado di complessità** che il presidio è in grado, per le sue caratteristiche, di svolgere (in genere media – alta – altissima complessità). Più la complessità è elevata, minore è il numero di presidi interessati.

E' corretto ricordare che la risposta ai problemi di urgenza – emergenza è garantita, a livello ospedaliero, dal concorso di tutte le funzioni operanti nel presidio e non solo dalle specifiche funzioni che operano nella sede fisica, denominata "pronto soccorso".

Da ultimo va ricordato l'importantissimo collegamento che deve esistere tra le funzioni svolte dai presidi ospedalieri interessati al sistema di emergenza e le **funzioni territoriali di soccorso e trasporto.**

Il sistema di urgenza – emergenza che è **in grado di anticipare il più possibile i tempi della diagnosi è in oggi considerato il più efficiente ed efficace ai fini del risultato da raggiungere**, ovvero la salvezza della vita del paziente.

Per raggiungere questo risultato, che nelle differenti esperienze si è sempre concretizzato in un pluriennale difficile percorso tecnico – organizzativo, è **indispensabile garantire un collegamento tra le diverse funzioni** che operano nel sistema attraverso un punto di coordinamento (centrale operativa).

Ogni funzione, infatti, integra e sostiene l'altra, in una logica sistemica.

E' dunque questo il **quadro di riferimento complessivo cui è necessario tendere** dal punto di vista organizzativo e funzionale, ancorché, come già detto, attraverso tempi che, nel caso dell'esperienza Rwandese, riguardano il medio lungo periodo.

Anticipare la diagnosi, in sostanza, vuol dire essere capaci di proiettare, anche attraverso l'uso della telematica, le capacità e le abilità delle funzioni specialistiche operanti nei reparti ospedalieri di alta complessità sul luogo dell'evento, **ovviamente per quanto possibile**, garantendo approcci professionali di primo soccorso corretti e, soprattutto, consentendo di predisporre le funzioni necessarie all'interno dell'ospedale ritenuto più adatto (anche per le capacità ricettive) a ricevere il paziente a conclusione della fase di trasporto.

Questa articolata organizzazione del sistema di urgenza – emergenza non può essere attuata senza che sia garantita la comunicazione tra i diversi soggetti titolari delle funzioni.



Un trasporto urgente verso il centro di sanità di Gatare

MISURE PROGETTUALI INTEGRATE PROMOSSE NEL TERRITORIO DI GATARE

L'Associazione KOMERA RWANDA, nell'ambito della sua attività volta a sostenere la missione di Gatare, dove operano un centro di sanità, una piastra ambulatoriale ed un centro nutrizionale, ha operato e opera attraverso la predisposizione di strumenti progettuali, perché:

1. esista o sia migliorato, ove presente, un sistema di **comunicazione** tra i **centri di sanità minori e gli ospedali di riferimento** per consentire, nei confronti del personale infermieristico e in presenza di eventuali casistiche più complesse, l'esercizio di **una funzione di supporto e di consulenza**;
2. esistano le condizioni per **accrescere sempre più e perfezionare la preparazione professionale del personale infermieristico**, chiamato a svolgere compiti di indubbia responsabilità;
3. siano create o migliorate, ove esistenti, **le infrastrutture sanitarie** (ambulatori, centri nutrizionali, ecc.) dotando le stesse **delle necessarie attrezzature**;
4. siano create o migliorate, ove esistenti, le condizioni per **l'esercizio delle funzioni di prevenzione** (rapporti con le famiglie - livello domiciliare e non) e di **assistenza socio sanitaria**;

Per garantire **un approccio complessivo e integrato a queste aree di intervento**, l'Associazione ha promosso due interventi progettuali integrati:

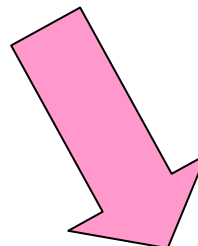
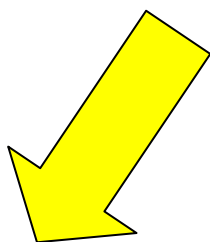
- **Il progetto comunicazione radio**, in via di attuazione, che collegherà il centro sanitario di GATARE (dove non possono essere attivate le normali comunicazioni telefoniche fisse o mobili) con almeno un ospedale di riferimento e con le autorità pubbliche deputate alla funzione di intervento e di soccorso (stazioni fisse e mobili supportate da un sistema di ponti radio)
- **Il progetto pediatria**, oggetto del presente documento, per la riduzione della mortalità infantile, con programmi di intervento sulla formazione degli operatori sanitari, sull'informazione delle famiglie e sul controllo dello stato di salute della popolazione infantile.

I due progetti a matrice sanitaria, poi, si interconnettono con il **progetto per la "valorizzazione agricola"**, mirato a orientare e promuovere, attraverso un ruolo importante svolto dal centro nutrizionale, processi di produzione finalizzati a fronteggiare il problema della malnutrizione.

Sono conseguentemente coinvolti ed integrati tra loro il settore **ambiente**, (profilo dello sviluppo agricolo), il settore **sanitario** e quello relativo alla **scolarizzazione** (in agricoltura, da intendersi come formazione primaria, previsto nella seconda fase).

L'interconnessione tra i profili di intervento sanitario (preventivo) e di alfabetizzazione con l'intervento di valorizzazione agricola, costituisce dunque l'elemento centrale su cui ruota l'intero progetto.

I tre ambiti di intervento sono chiamati a divenire operativi in una **situazione geografica e sociale** caratterizzata, proprio su questi temi, da un **forte contesto emergenziale** (la lotta alla malnutrizione).



PROGETTO COMUNICAZIONE

PER GARANTIRE POSSIBILITA'
CONSULTO
MEDICI/INFERMIERI

PROGETTO PEDIATRIA

- **Formazione operatori**
- **Informazione famiglie**
- **Controllo salute popolazione pediatrica**

LOCALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E ANALISI EPIDEMIOLOGICA

La scelta di intervenire nel settore di Gatare

Lo statuto dell'Associazione Komera Rwanda individua come scopo dell'Associazione quello di promuovere le popolazioni dei Paesi a risorse limitate, con particolare riferimento alla popolazione assistita dalla Missione delle Suore Figlie del Divino Zelo in GATARE (Rwanda).

Le finalità statutarie prevedono espressamente l'effettuazione di interventi di formazione sanitaria, di supporto infrastrutturale, tecnologico e metodologico in materia di assistenza sanitaria oltre ad una serie di altri interventi integrati e correlati alle finalità sanitarie.

La scelta del territorio di GATARE è conseguente a diversi fattori, non ultimo lo stato di gravissima difficoltà in cui le strutture sanitarie gestite dalla missione (centro sanitario, piastra ambulatoriale e centro nutrizionale) operano a causa delle condizioni territoriali e logistiche estremamente disagiate.

Quanto sopra, ovviamente, in considerazione del quadro epidemiologico gravissimo per quel che concerne la mortalità infantile.

Per queste motivazioni il progetto pediatria, unitamente a quelli, prima ricordati, di comunicazione e di valorizzazione agricola, che con lui operano in termini integrati e correlati, sono localizzati con riferimento a questa realtà territoriale.

L'analisi epidemiologica del territorio di GATARE

La prima necessità è quella di rendersi conto del tipo e dell'entità dell'utenza e delle patologie più frequentemente in causa.

Per tale motivo è stato effettuato **uno studio epidemiologico sul numero e l'età dei pazienti seguiti in ambulatorio o in regime di ricovero e sul tipo di patologie riscontrate nel periodo di 1 anno, dal 1 Giugno 2005 al 31 maggio 2006.**

I risultati sono sintetizzati nelle tabelle 1 e 2 e nel Grafico 1.

Nella **tabella 1** si rileva come l'attività ambulatoriale del Centro comporti un numero **di circa 6000 visite l'anno**, con punte nei periodi delle piogge (Ottobre 2005, Marzo-Maggio 2006); **i ricoveri arrivano a circa 700 all'anno**. Su tale carico di lavoro, l'età pediatrica incide per il 38% delle visite ambulatoriali (2271 pazienti) e il 52,5% dei ricoveri (360 pazienti). Particolarmente rappresentata è l'età < ai 5 anni con il 26,2% delle visite (1555 pazienti) e il 45,2% dei ricoveri 312 pazienti.

TABELLA 1

Centre de santé Rugege, Gatare. Giugno 2005- Maggio 2006. Visite e ricoveri suddivisi per età e periodo

data	n.visite	n.ricoveri	visite<14a.	visite<5a.	ricoveri<14a	ricoveri< 5a
giu-05	343	69	140	101	45	41
lug-05	310	43	107	72	22	18
ago-05	359	56	126	98	30	25
set-05	368	63	133	103	23	18
ott-05	513	66	201	140	38	33
nov-05	449	44	152	102	12	9
dic-05	439	55	145	103	30	25
gen-06	477	87	190	145	43	41
feb-06	475	52	185	134	30	25
mar-06	962	64	463	277	35	29
apr-06	471	48	170	112	26	22
mag-06	760	52	259	168	28	26
totali	5926	689	2271	1555	362	312
percent.	100	100			52	45

Nella **tabella 2** si nota come poche patologie importanti sono responsabili di un numero elevato di visite ambulatoriali (1101, cioè 49.8%) e di ricoveri, (238, cioè 76.2 %) nei bambini di età < 5 anni. In generale i pazienti pediatrici sembrano affluire maggiormente in fase tardiva e in condizioni gravi che comportano il ricovero, mentre assumono particolare importanza le infezioni acute delle basse vie respiratorie, infezioni e parassitosi gastroenteriche, malaria e malnutrizione, mentre non è stato evidenziato alcun caso di tetano né di morbillo (nel settore di Gatare è in funzione un sistema territoriale di vaccinazioni che comprendono tetano e morbillo e di prevenzione dell'avitaminosi A).

TABELLA 2

Centre de santé Rugege , Gatare. Giugno 2005- Maggio 2006

Visite e ricoveri in età pediatrica suddivisi a seconda delle patologie più comuni

* 49.8% di tutte le patologie pediatriche

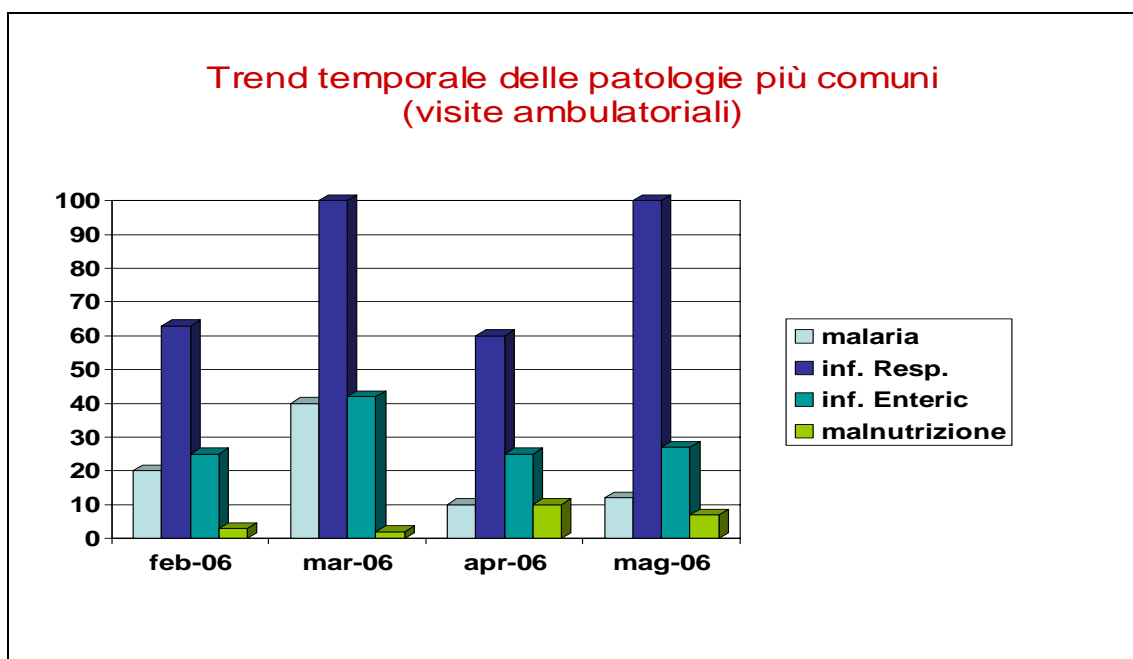
** 76.2% di tutti i ricoveri pediatrici

malattia	visite 0-5 a.	visite 5-14 a.	ricoveri 0-5 a.	ricoveri 5-14 a.
malaria	195	138	112	20
inf.respiratorie	776	198	99	9
inf.gastroenteriche	251	161	12	1
malnutrizione	55	23	15	9
totale	1101*	658	238**	39

II GRAFICO 1 evidenzia il trend temporale delle patologie più comuni per le visite ambulatoriali. Anche da esso risulta un aumento delle patologie respiratorie, enteriche e della malaria durante i periodi delle piogge (Marzo-Maggio 2006)

La presente situazione circa la morbilità il tipo di patologie in causa e le principali cause di ricovero, risulta in accordo con gli studi OMS-PCIME sulle principali cause di morbilità nei primi 5 anni di vita (1,2,4).

GRAFICO 1



Sulla base dell'analisi epidemiologica effettuata è dunque confermato che il contesto sanitario-epidemiologico analizzato può giovare dall'impiego di un progetto formativo per il personale sanitario e le famiglie per ottenere una riduzione della morbilità e mortalità nei bambini fino ai 5 anni .

MACRO OBIETTIVI DEL PROGETTO E SUA ARTICOLAZIONE IN DUE FASI

La mortalità infantile nei primi 5 anni di vita nei paesi a risorse limitate, come il Rwanda, raggiunge percentuali elevatissime, fino a oltre il 250 per 1000, con punte massime in età neonatale .

Poche patologie importanti, che possono agire in associazione, insieme allo stato frequente di povertà e alla carente cultura igienico-sanitaria, contribuiscono a questo risultato in una misura fino al 70% dei casi.

In particolare le **infezioni respiratorie e gastroenteriche , la malaria e la malnutrizione** sono ritenute le principali responsabili .

In tale contesto, studi recenti (OMS-IMCI) hanno rivelato **la possibilità di ridurre la mortalità infantile di oltre il 50% grazie ad un approccio integrato** che comprenda il corretto trattamento del paziente, la formazione del personale infermieristico dei Centri sanitari di primo soccorso, la formazione igienico-sanitaria delle famiglie , la prevenzione vaccinale, la promozione-socio-economica delle famiglie. (1,2,3)

La situazione nel settore di Gatare – distretto di Nyamagabe (Rwanda), presenta le caratteristiche già citate.

Il presente progetto è finalizzato pertanto alla riduzione della mortalità infantile nei primi 5 anni di vita attraverso gli strumenti della formazione sanitaria teorico-pratica del personale infermieristico del Centro sanitario di Gatare, dell'educazione igienico –sanitaria delle famiglie, con l'impiego, quale strumento e osservatorio privilegiato , dell'ambulatorio pediatrico in corso di apertura, grazie al quale sarà anche allestito uno schema di follow-up dei bambini nei primi 5 anni di vita, con il riscontro di un libretto sanitario a schede prestampate.

Una seconda fase del progetto, prevede anche la formazione di animatori di formazione sanitaria, col fine di consentire un autosviluppo locale del processo.

Il progetto si articola in due differenti fasi le quali coprono un arco temporale di tre anni (prima fase di due anni – seconda fase di un anno).

Fase 1

1. Gestione integrata delle malattie del bambino
2. Formazione del personale infermieristico addetto al Centro di Sanità Rugege di Gatare sulla gestione integrata teorico-pratica delle malattie infantili nei primi 5 anni di vita (1 anno+1 anno di perfezionamento)
3. Formazione igienico sanitaria delle famiglie
4. Verifica di apprendimento per il personale infermieristico
5. Allestimento di un programma di follow up ambulatoriale pediatrico nei primi 5 anni di vita, con il supporto di un libretto-scheda sanitaria da compilare ad ogni controllo volto alla prevenzione e al trattamento precoce delle patologie più importanti già citate.



Fase 2

Addestramento del personale interessato che ha partecipato al precedente progetto formativo, all'animazione di corsi di formazione, per rendere possibile esportazione ed autosviluppo del processo

Riguardo ai punti precedenti della fase 1 possiamo precisare quanto segue:

- La principale carenza del personale infermieristico del Centro Sanitario di Gatare riguardo al paziente pediatrico è rappresentata da un lato dall'aspetto teorico-culturale (non disponibilità di libri di testo, carenza estrema di corsi formativi), dall'altro dall'approccio al letto del malato (esame obiettivo, ragionamento clinico con formulazione di diagnostica differenziale, triage e concetto di urgenza. In tale senso si intende la formazione teorico-pratica, con fase

propedeutica, tutoraggio e verifica di apprendimento nel primo anno e approfondimento con le stesse modalità nel secondo anno.

- Il materiale didattico per la formazione propedeutica e avanzata è tratto ed elaborato dai supporti forniti da PCIME-OMS (vedi oltre).
- La presenza della scuola materna e del Centro Nutrizionale a Gatare fornisce uno strumento privilegiato per il contatto finalizzato all'informazione sanitarie alle famiglie dei bambini.
- La recente costruzione dell'ambulatorio pediatrico a Gatare fornisce lo strumento privilegiato per lanciare un programma di follow-up basato su schede sanitarie, per un controllo più efficace delle patologie maggiori, e, più in generale, dello stato di salute dei bambini nei primi 5 anni di vita

L'insieme di tali componenti si concretizzerà quindi, confluendo nell'approccio e gestione integrata delle principali malattie del bambino, che potrà permettere una riduzione della mortalità e delle complicanze delle malattie infantili, valutabile con l'analisi epidemiologica longitudinale delle schede sanitarie.

Riguardo alla fase 2, l'obiettivo è l'autonomizzazione e l'auto-mantenimento del processo di formazione del personale infermieristico del Centro Sanitario di Gatare, onde pervenire ad un'autonoma gestione integrata delle malattie infantili, che non comprenda personale medico-specialistico italiano, salvo che per una funzione di consultazione clinica e di riferimento scientifico – didattico.



Gatare : L'ambulatorio pediatrico in via di completamento

IL RUOLO IMPORTANTE DELL'UNIVERSITÀ E DELLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE IN PEDIATRIA

La collaborazione con le Scuole di Specializzazione in Pediatria dell'Università degli studi di Genova è particolarmente importante e significativa.

Da queste scuole provengono i pediatri liguri ed è indicativo che siano proprio dei giovani medici al termine del loro percorso formativo, a mettersi in gioco iniziando la loro attività professionale al servizio della popolazione di un paese povero e trascurato come il Rwanda.

La loro partecipazione attiva alla formazione professionale degli infermieri locali assume quindi un significato sociale non trascurabile.

I medici che chiederanno di partecipare attivamente a questo progetto, saranno sempre accompagnati in questa esperienza da colleghi che hanno già conosciuto la realtà africana, affinché non si sentano mandati allo sbaraglio e siano preparati ad affrontare il compito loro assegnato con una adeguata preparazione.

A tale scopo saranno concordati alcuni incontri con esperti per presentare il progetto, la metodologia del lavoro da svolgere, le patologie locali, usi e costumi della popolazione di Gatare. Questa attività avrà anche delle sicure e rilevanti ricadute positive sulla loro preparazione e formazione mettendoli di fronte alla necessità di assumere a loro volta il ruolo di "docenti" e di svolgere quindi un ruolo per loro inconsueto.

Loro compito, infatti, non sarà mai quello di sostituirsi al personale infermieristico locale nel fare diagnosi e prescrivere terapie efficaci, ma di guidare e mettere in condizione gli stessi infermieri in modo da poter lavorare con maggiore competenza ed efficacia, con lo scopo finale di giungere a ridurre in modo sostanziale la elevata mortalità infantile.

Inutile aggiungere inoltre che anche i docenti che si dichiareranno disponibili saranno coinvolti in questa iniziativa, sia con la partecipazione diretta a missioni in Rwanda, sia mediante l'organizzazione e il coordinamento di percorsi formativi rivolti ai medici che si preparano a dar vita al presente progetto.

Riguardo al ruolo dell'Università degli Studi di Genova, incentrato sulle Scuole di Specializzazione in Pediatria, dirette rispettivamente dalla prof. Renata Lorini e dal Prof. Alberto Martini, ricordiamo in particolare:

- Funzione di board scientifico per gli aspetti didattico-formativi
- Funzione formativa diretta nei confronti del personale infermieristico del Centro sanitario di Gatare, da parte di specializzandi degli ultimi anni del Corso, disponibili a partecipare agli stage formativi a Gatare.
- Validità degli stage come tirocinio per gli Specializzandi, riconosciuto dalle Scuole, con approfondimento della conoscenza di patologie infettive tropicali (malaria, parassitosi, HIV) e patologie pediatriche poco comuni in Italia (malnutrizione), in presenza di tutoraggio da parte di medici specialisti esperti delle patologie e della situazione locale, fatti salvi gli adempimenti giuridici e assicurativi per gli Specializzandi.

**FASE ATTUATIVA
E OPERATIVA**

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' PROGETTUALI

1 L'attività formativa nei confronti del personale infermieristico

Riguarda il **personale infermieristico e sanitario** del "Centre de Santé Rugege" di Gatare. La formazione del personale sanitario comprende una didattica teorica ed una applicativa al letto del malato, col supporto di personale medico italiano, secondo uno schema in accordo con le linee-guida OMS-PCIME

MONITORING, EVALUATION, REVISION, DISTRIBUTION GENERALE

PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT ATTEINT D'INFECTION GRAVE OU DE MALNUTRITION SEVERE

Directives de soins pour les centres de transfert de premier niveau dans les pays en développement

DEPARTEMENT SANTE ET DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

POCKET BOOK OF

Hospital care for children

GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF COMMON ILLNESSES WITH LIMITED RESOURCES

World Health Organization

INTEGRATED MANAGEMENT OF CHILDHOOD

SICK CHILD
AGE 2 MONTHS UP TO 5 YEARS

ASSESS AND CLASSIFY THE SICK CHILD

Assess, Classify and Identify Treatment

Check for General Danger Signs 2

Then Ask About Main Symptoms:

Does the child have cough or difficult breathing? 2

Does the child have diarrhoea? 3

Does the child have fever? 4

Classify malaria 4

Classify measles 4

Does the child have an ear problem? 5

Then Check for Malnutrition and Anaemia 6

Then Check the Child's Immunization Status 6

Assess Other Problems 6

TREAT THE CHILD

Teach the Mother to Give Oral Drugs at Home

Oral Antibiotic 7

Oral Antimalarial 8

Paracetamol 8

Vitamin A 8

Iron 8

Mebendazole 8

Teach the Mother to Treat Local Infections at Home

Treat Eye Infection with Tetracycline Eye Ointment 9

Dry the Ear by Wicking 9

Treat Mouth Ulcers with Gental Violet 9

Soothe the Throat, Reduce the Cough with a Safe Remedy 9

Give These Treatments in Clinic Only

Intramuscular Antibiotic 10

Quinine for Severe Malaria 10

Prevent Low Blood Sugar 11

TREAT THE CHILD, continued

Give Extra Fluid for Diarrhoea and Continue Feeding

Plan A: Treat Diarrhoea at Home 12

Plan B: Treat Some Dehydration with ORS 12

Plan C: Treat Severe Dehydration Quickly 13

Immunize Every Sick Child, As Needed 13

Give Follow-up Care

Pneumonia 14

Persistent Diarrhoea 14

Dysentery 14

Malaria (Low or High Malaria Risk) 15

Fever-Malaria Unlikely (Low Malaria Risk) 15

Measles with Eye or Mouth Complications 15

Palmar 16

Very Low Weight 16

COUNSEL THE MOTHER

Food

Assess the Child's Feeding 17

Feeding Recommendations 18

Counsel About Feeding Problems 19

Fluid

Increase Fluid During Illness 20

When to Return

Advise the Mother When to Return to Health Worker 20

Counsel the Mother About Her Own Health 21

World Health Organization
Division of Child Health and Development (CHD)

unicef

SICK YOUNG INFANT
AGE 1 WEEK UP TO 2 MONTHS

ASSESS, CLASSIFY AND TREAT THE SICK YOUNG INFANT

Assess, Classify and Identify Treatment

Check for Possible Bacterial Infection 22

Then ask: Does the young infant have diarrhoea? 23

Then Check for Feeding Problem or Low Weight 24

Then Check the Young Infant's Immunization Status 25

Assess Other Problems 25

Treat the Young Infant and Counsel the Mother

Oral Antibiotic 26

Intramuscular Antibiotic 26

To Treat Diarrhoea, See TREAT THE CHILD Chart 12-15

Immunize Every Sick Young Infant 27

Treat Local Infections at Home 27

Correct Positioning and Attachment for Breastfeeding 28

Home Care for Young Infant 28

Give Follow-up Care for the Sick Young Infant

Local Bacterial Infection 29

Dysentery 29

Feeding Problem 30

Low Weight 30

Thrush 30

RECORDING FORMS

SICK YOUNG INFANT 31

SICK CHILD 33

WEIGHT FOR AGE CHART on back cover

- Di particolare importanza è l'illustrazione delle strategie PCIME e del target degli interventi formativi.
- La capacità di effettuare un buon esame obiettivo del paziente è un importante valore aggiunto per la diagnostica in un contesto di estrema carenza di test diagnostici di laboratorio e strumentali .
- L'acquisizione e la puntualizzazione del concetto di urgenza e triage, può permettere la focalizzazione degli interventi e delle risorse sui soggetti che ne necessitano maggiormente.
- L'analisi dei segni clinici, inserita in un ragionamento di diagnostica differenziale, potrà orientare un corretto approccio terapeutico al paziente.
- Lo studio delle principali patologie responsabili di morbilità e mortalità nei primi 5 anni di vita (patologie gastroenteriche, respiratorie, febbrili, neonatali, malnutrizione) potrà orientare in maniera decisiva nel loro riconoscimento e trattamento.
- Allo stesso modo sarà indispensabile la conoscenza di farmaci e posologie, manovre pratiche e strategie di trattamento ambulatoriale-domiciliare.

Tali aspetti saranno premessa indispensabile ad una politica di monitoraggio e cura per il miglioramento dello stato di salute dei bambini da 0 a 5 anni afferenti al settore di Gatare

La formazione teorico-pratica si articolerà in moduli successivi di 1 mese per 2 volte nell'arco di ogni anno, con eventuali repliche per consentire l'accesso al corso di tutto il personale, e prevederà un test di valutazione finale.

E' prevista per **il secondo anno una replica del corso, con approfondimento e perfezionamento degli argomenti già trattati**, seguendo le updates più recenti fornite da OMS-PCIME e completando la formazione clinico-pratica al letto del malato.

Nel terzo anno, per il personale interessato che ha partecipato ai corsi degli anni precedenti, è previsto un **corso per animatori di formazione**, per consentire un autosviluppo, con aggiornamento permanente del processo a livello locale.

In tale sede verranno approfondite le tecniche di didattica e di interazione con i discenti, con attenta disamina e studio del materiale didattico, della sua preparazione e delle risorse tecniche a disposizione.

Riepilogo formazione al personale sanitario.

Didattica formale, guidata da tutor medici, riguardante:

- A) Generalità, metodo PCIME, scopi del corso
- B) Esame obiettivo
- C) Triage, valutazione e trattamento dell'urgenza, elementi di PBLIS
- D) Segni clinici e diagnostica differenziale
- E) Tosse e sintomi respiratori
- F) Diarrea e parassitosi
- G) Febbre (malaria, sepsi meningite, tifoide, morbillo, infezioni localizzate (morbillo, IVU, osteomielite)
- H) Patologie e gestione del neonato
- I) Malnutrizione grave
- J) Dimissione, trattamento a domicilio, consigli alla madre
- K) Elementi di terapia antibiotica, antimalarica, antiparassitaria
- L) Farmaci in pediatria, posologia
- M) Manovre pratiche

Didattica applicativa al letto del malato e in ambulatorio, guidata da tutor medici e riguardante gli argomenti della didattica formale



2 L'attività informativa e di indirizzo nei confronti delle famiglie

I medici italiani responsabili del tutoraggio allo staff sanitario, provvederanno altresì alla formazione igienico – sanitaria delle famiglie del settore di Gatare, usufruendo dei contatti forniti dalle scuole materna ed elementare e alla preparazione dei supporti didattici audiovisivi e cartacei.

Le lezioni di formazione alle famiglie saranno effettuate in giornate non lavorative nell'arco di un anno secondo lo stesso modello temporale della

formazione sanitaria e seguendo linee guida di didattica già impiegate a livello internazionale.

Si sottolinea che di fatto questo tipo di attività informativa nei confronti delle famiglie è stata già iniziata in occasione della prima "missione " a Gatare nel luglio 2004 ed è stata ripresa in occasione dei viaggi successivi. In tali occasioni sono state avvicinate le famiglie dei bambini accolti al Centro Nutrizionale, le famiglie dei piccoli della scuola materna, e gli studenti di alcune scuole superiori di Gatare e del circondario. Gli argomenti affrontati erano quelli inseriti nel progetto attuale riepilogati nella tabella sottostante.

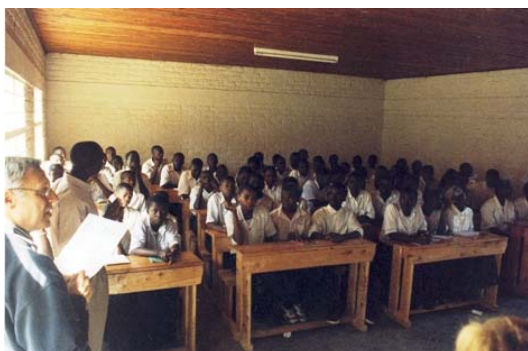
Finora ci siamo avvalsi di poster da noi appositamente allestiti per tali incontri, per questa fase tuttavia contiamo di poter utilizzare strumenti tecnologici più avanzati che ci consentano un maggiore coinvolgimento dei partecipanti.

L'elenco della seguente tabella rappresenta la base conoscitiva che dovrebbe essere patrimonio di ogni famiglia per proteggersi e proteggere i più piccoli dalle più comuni malattie in paesi a risorse limitate.

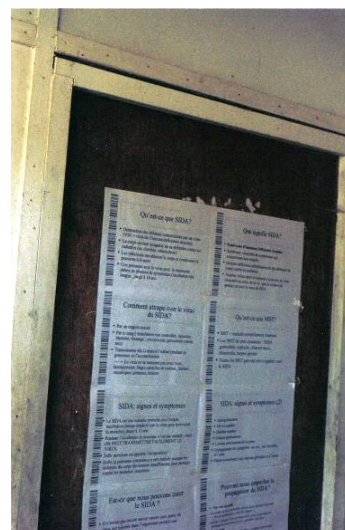
Riepilogo formazione igienico-sanitaria delle famiglie

incontri programmati o accessi domiciliari

- Modalità di trasmissione delle malattie infettive (diretta, indiretta, vettori);
- Elementi di prevenzione
- Malattie a trasmissione oro-fecale, parassitosi intestinali, altre parassitosi
- Igiene personale, igiene in gravidanza e del neonato
- Igiene della casa e nella preparazione-conservazione degli alimenti
- L'acqua e il suo impiego. L'acqua e le malattie
- Alimentazione e nutrizione
- Malattie a trasmissione sessuale: AIDS e altre



Didattica agli studenti della scuola secondaria



I poster

3 **L'attività di controllo dello stato di salute della popolazione pediatrica**

Sarà messo a punto altresì **uno schema di follow up ambulatoriale dei piccoli fino ai 5 anni**, con stesura di adeguato supporto cartaceo, a tipo libretto sanitario per i bambini , per prevenzione e trattamento precoce delle più comuni patologie.

Quest'ultimo aspetto rappresenta il punto d'arrivo del progetto, reso possibile dalla presenza dell'ambulatorio pediatrico a Gatare, gestito da personale che diventerà competente nelle patologie pediatriche a seguito della formazione ricevuta. Tale schema permetterà in prima istanza la gestione e la cura tempestiva delle patologie dei pazienti e inoltre una conoscenza più generale dei problemi della salute infantile a Gatare, con la possibilità di adottare programmi personalizzati alla realtà locale , per migliorare e risolvere le criticità evidenziate.

SOGGETTO RICHIEDENTE

Il soggetto richiedente il finanziamento è individuato nell'Associazione Komera Rwanda.

Il progetto è frutto della collaborazione con il Distretto di Nyamagabe – Province du Sud – GIKONGORO, con la Congregazione delle Suore appartenenti alle figlie del Divino Zelo, con sede a Gatare e a Butare, congregazione dotata di personalità giuridica attribuita con decreto Ministeriale del Governo Rwandese n° 118/05 del 28 Maggio 1991 e con il "Centre de Santé Rugege" e Il"Centro Nutrizionale" di Gatare, fondati il 30 marzo 1992, con personalità giuridica attribuita dal decreto ministeriale N°296/05 del 1° ottobre 1992, di proprietà della Diocesi di Gikongoro, affidati all'Istituto religioso delle figlie del Divino Zelo.

L'Associazione Komera Rwanda.

L'Associazione è stata costituita a Genova, è apolitica ed esclude ogni fine di lucro sia diretto che indiretto. Ha sede in via Mura delle Chiappe 41 – Genova – tel. 0102726823.

L'associazione è **iscritta nel registro regionale delle organizzazioni di volontariato – settore sicurezza sociale – n° SS-GE-140-2006**, ai sensi dell'art. 3 della legge regionale 28 Maggio 1992, n° 15 ed ha il seguente **codice fiscale : 95095740106**.

Il Presidente dell'associazione è il dr. Emanuele di Rovasenda, il Vice Presidente è il dr. Enrico Mantero. Sono **organi dell'Associazione**: l'assemblea dei soci, il Consiglio direttivo e il Presidente.

Lo scopo dell'Associazione è la promozione delle popolazioni dei paesi a risorse limitate, con particolare riferimento alla popolazione assistita dalla Missione delle Suore figlie del Divino Zelo in Gatare (Rwanda), mediante:

- Interventi di sostegno economico diretto o indiretto verso Enti, Istituti e/o soggetti che provvedono alla prestazione di assistenza, nel senso più ampio del termine, in favore delle popolazioni citate.
- Interventi di personale medico e paramedico per istruzione e formazione di personale locale
- Promozione e supporto alle risorse locali ai fini sanitari
- Sostegno all'acquisizione di tecnologie e metodologie operative e organizzative in vari settori
- Stesura di progetti da sottoporre a Enti pubblici o privati per il finanziamento di attività e realizzazioni utili alla promozione delle popolazioni in oggetto.
- Realizzazione di iniziative, servizi e manifestazioni volte al raggiungimento delle finalità dell'Associazione

SOGGETTO ATTUATORE IN TERRITORIO RWANDESE

Il soggetto attuatore in territorio Rwandese è identificato nel responsabile della struttura sanitaria di Gatare denominata "CENTRO DI SANITA' RUGEGE" gestito dalla Comunità delle suore appartenenti alla Congregazione delle figlie del Divino Zelo.

Tale Comunità gestisce la missione situata nel territorio di GATARE, missione attiva dal 6 gennaio 1990.

Come già detto la congregazione è dotata di personalità giuridica attribuita con decreto Ministeriale del Governo Rwandese n° 118/05 del 28 Maggio 1991.

Lo statuto della Congregazione è conforme alla legge del Rwanda n° 20/2000 del 26 Luglio 2000 relativa alle associazioni senza scopo di lucro.

Il soggetto fisico responsabile dell'attuazione del progetto è identificato nella responsabile del centro sanitario Suor Marie Thérèse Uwamwiza.

La missione, dal suo insediamento, svolge le seguenti attività:

- ❖ Centro di sanità, riconosciuto dal Governo, che serve un bacino di utenza di circa 17.000 persone
- ❖ Scuola materna per circa 300 alunni
- ❖ Centro nutrizionale
- ❖ Centro per l'alfabetizzazione
- ❖ Programma di prevenzione per l'AIDS
- ❖ Altre attività collaterali

Ogni comunicazione alla missione di GATARE, in considerazione sia dell'assenza di recapito postale in loco, sia della mancanza di telefonia fissa e mobile, va inviata alla missione che la Congregazione gestisce nella vicina località di BUTARE, al seguente indirizzo:

**Congrégation des soeurs Filles du Divin Zele
B.P. 491 BUTARE - Phone 00250530614**

SOGGETTI DELEGATI ALLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE IN ITALIA

Il soggetto delegato alla gestione di tutte le attività che devono essere espletate in Italia è individuato nell'Associazione KOMERA RWANDA in Persona del suo Presidente.

Il Presidente può delegare lo svolgimento di singole attività o funzioni ad altro membro dell'associazione allo scopo incaricato con atto formale.

Tra le principali attività da svolgere in Italia vanno ricordati in particolare tutti i rapporti con i soggetti finanziatori.

FUNZIONE DI INDIRIZZO, COORDINAMENTO E CONTROLLO SULL'ANDAMENTO DELLE ATTIVITA PROGETTUALI

La funzione di indirizzo, coordinamento e controllo sull'attuazione del progetto è assegnata al soggetto proponente – ASSOCIAZIONE KOMERA RWANDA.

Nell'esercizio della funzione di indirizzo e coordinamento va ricompresa l'assunzione di tutte le decisioni concernenti l'eventuale affinamento, integrazione o parziale modificazione delle linee progettuali, ove necessario.

Per quanto di competenza e limitatamente a situazioni di carattere straordinario che modifichino in termini significativi il disegno progettuale, le decisioni in questione sono assunte d'intesa con l'Ente finanziatore. In tutti gli altri casi l'Associazione procede in via autonoma.

Con cadenza periodica semestrale è assicurata un informativa di sintesi all'Ente finanziatore sulle principali attività effettuate in attuazione degli obiettivi progettuali nonché un report di sintesi di carattere finanziario.

Al termine del progetto viene predisposta una relazione generale per l'Ente finanziatore con l'illustrazione dei principali obiettivi raggiunti e con l'evidenza del rapporto costi benefici.

DUREVOLEZZA, CAPACITÀ DELL'INIZIATIVA DI AUTOSOSTENERSI NEL TEMPO, RIPRODUCIBILITÀ

E' già stata sottolineata precedentemente l'importanza che, nella costruzione progettuale, è stata data all'intero impianto organizzativo perché fosse capace di garantire durevolezza all'iniziativa.

Si è cercato anche di attribuire all'iniziativa stessa la capacità di autosostenersi nel tempo e di essere riproducibile in situazioni analoghe.

La prima fase del progetto, che come si è visto è articolata su due anni prevalentemente dedicati alla formazione ed aggiornamento del personale paramedico, mediante una equilibrata integrazione tra pratica e teoria, è anche propedeutica alla fase successiva, mirata a fornire agli infermieri la preparazione appropriata a divenire essi stessi formatori ed istruttori nei confronti di loro colleghi afferenti da altri centri di sanità del territorio, riproponendo, con le indispensabili e opportune modifiche, il modello formativo da noi proposto, ovviamente sempre in pieno accordo con le autorità sanitarie locali.

E' inoltre da verificare, sempre con le autorità rwandesi, la possibilità di un riconoscimento professionale ed economico nei confronti di chi, dopo il previsto training di formazione, metterà a disposizione le competenze acquisite, assumendo il ruolo di formatore.

In questo modo l'intervento da parte della nostra associazione resterà limitato nel tempo, pur assicurando, quando sarà richiesto, la disponibilità a proporre integrazioni ed aggiornamenti.

Il presente piano prospetta inoltre caratteristiche di riproducibilità. Il nostro progetto fa riferimento esclusivo alle linee guida universalmente riconosciute, fornite dalla O.M.S., tenuto anche conto della semplicità dell'impianto progettuale e del costo particolarmente contenuto, può essere quindi riproposto senza la necessità di significative modifiche in qualsiasi altro luogo dove vi sia un sistema sanitario analogo, che assegni a personale paramedico il gravoso compito e la elevata responsabilità della diagnosi e della cura di pazienti pediatrici.

CRONOPROGRAMMA :

	ANNO 1 Trimestre	ANNO 2 Trimestre	ANNO 3 Trimestre												
Formazione (corso base)	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table>	1	2	3	4	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table>	1	2	3	4	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table>	1	2	3	4
1	2	3	4												
1	2	3	4												
1	2	3	4												
Formazione (corso avanzato)	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table>	1	2	3	4	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table>	1	2	3	4	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table>	1	2	3	4
1	2	3	4												
1	2	3	4												
1	2	3	4												
Informazione famiglie	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table>	1	2	3	4	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table>	1	2	3	4	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table>	1	2	3	4
1	2	3	4												
1	2	3	4												
1	2	3	4												
Formazione formatori	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table>	1	2	3	4	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table>	1	2	3	4	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table>	1	2	3	4
1	2	3	4												
1	2	3	4												
1	2	3	4												

 **periodi di formazione**

STRUTTURA DEI COSTI E LOGICA DI COFINANZIAMENTO

La possibilità odierna di proporre e realizzare il progetto pediatria per la riduzione della mortalità infantile (articolato in tre sotto progetti quali la formazione degli operatori sanitari, l'informazione alle famiglie e il monitoraggio sullo stato di salute della popolazione) **è assicurata da una serie di interventi e di investimenti, già promossi dall'Associazione, che hanno creato le condizioni infrastrutturali minime necessarie.**

In tal senso è corretto imputare una quota parte di questi costi, per la parte che risulta direttamente correlata allo svolgimento delle attività progettuali, alla quota cofinanziata dall'Associazione.

Dal 2004 fino a oggi sono stati infatti reperiti e inviati fondi per la **costruzione dell'ambulatorio di pediatria**, (vedi foto 1, luogo primario deputato all'incontro con i bambini per la verifica del loro stato di salute), **l'ampliamento del Centro nutrizionale** annesso al Centre de Santé (vedi foto 2, punto di contatto e di incontro fondamentale con la realtà delle famiglie), la **costruzione di nuove aule della scuola materna** (vedi foto 3, che assicurano un maggior contatto, per il tramite dei bambini, con le famiglie ai fini degli accessi domiciliari e degli incontri programmati) per rendere possibile l'accesso di altri 60 bambini alla refezione e alle attività didattiche, nell'ambito di un progetto di lotta alla malnutrizione infantile (vedi foto 4). E' stato altresì inviato un **gruppo elettrogeno** (vedi foto 5, indispensabile per garantire l'operatività della struttura, in quanto non esiste energia elettrica).



1 L'ambulatorio



2 il centro nutrizionale ampliato



3 nuove aule della scuola materna



4 Bimbi a tavola



5 il gruppo elettrogeno

Questi investimenti, ancorché operino a supporto delle attività della missione nel loro complesso, risultano, seppur per una quota parte, determinanti per lo svolgimento del presente progetto per la cui attuazione **sono già state iniziate a Gatare le prime lezioni teorico pratiche** a cura di personale medico italiano specializzato in pediatria , malattie infettive e tropicali e terapia intensiva nel mese di Luglio 2006 (vedi foto 6,7).



6,7 . Luglio 2006 . Formazione al personale infermieristico

Tali momenti formativi hanno riguardato:

1. l'esame obiettivo
2. le urgenze pediatriche con cenni di PBLIS, diarree , tosse e sintomi respiratori
3. gli elementi per la formazione igienico-sanitaria delle famiglie, in particolare per la prevenzione AIDS, per l'igiene e la trasmissione delle malattie contagiose e per la malnutrizione. In tal senso sono state avviate forme sperimentali di primo incontro con le famiglie.

Il progetto necessita, per la sua prosecuzione e consolidamento, della **presenza continuativa di personale medico qualificato per un tutoraggio prolungato di qualità elevata** e comporta **costi riguardanti il trasferimento e il soggiorno del personale medico addetto alla formazione** e, una tantum, le **spese per il materiale didattico e per gli strumenti tecnici correlati** (computer portatile, proiettore digitale, stampante laser, fotocopiatrice, lavagna luminosa).

Una voce importante della struttura dei costi riguarda **le incentivazioni** e le misure premianti **per il personale** che si rende disponibile per la formazione, in particolare per quegli operatori che accettano di svolgere, a seguito di adeguata preparazione, il ruolo di formatore e funzioni di tutoraggio.

Da quanto detto risulta evidente la **logica di cofinanziamento** cui si ispira la costruzione progettuale.

ANALISI DEI COSTI

Analisi dei costi in Euro

<i>Finanziati *</i>	<i>%</i>	<i>Finanziamento Richiesto</i>
---------------------	----------	--------------------------------

* Ove previsti i costi sono già indicati con gli importi percentualizzati.

Costi di investimento preliminari già sostenuti (imputati in percentuale)

Gruppo elettrogeno e pannelli solari	1.050	30	0
Ampliamento centro nutrizionale	1.000	60	0
Costruzione ambulatorio pediatrico	4.800	60	0
Aule scuola materna	1.600	20	0
Consulenze, analisi, rilievi e viaggi	6.000	100	0
TOTALE COFINANZIATO	14.450		

Costi di realizzazione e gestione dell'intero progetto (triennali)

		un anno	tre anni
Viaggio aereo Genova – Kigali per 2 medici per 1 mese due volte all'anno	100	4.400	13.200
Viaggio in jeep Kigali – Gatara – Kigali per due volte anno	100	150	450
Soggiorno (vitto e alloggio per un mese per 4 persone all'anno a 20 euro al giorno)	100	2.400	7.200
Incentivi per i partecipanti 1° anno		2.500	2.500
Incentivi per i partecipanti 2° anno	100	2.500	2.500
Incentivi per i partecipanti 3° anno	100	1.500	1.500
Strumenti di lavoro (fotocopiatrice, computer portatile, proiettore digitale, stampante, lavagna luminosa, libri, altro)	100	5.000	5.000
TOTALE	14.450	16.250	32.350

COSTO TOTALE INTERVENTO
46.800

PERCENTUALI COFINANZIAMENTO 14.450 (30.88%) e 32.350 (69.12%)

RICHIESTA DI FINANZIAMENTO 32.350

BIBLIOGRAFIA

- 1) Prise en charge de l'enfant atteint d'infection grave ou de malnutrition sévère. OMS 2002 (www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm.)
- 2) Booklet on integrated management of childhood (OMS-UNICEF, 2002) (www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm.)
- 3) Comment va la santé? Leonardo international, 2004
- 4) Technical seminars, OMS –IMCI, 2004 (www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm.)
- 5) Effective teaching. A guide for educating healthcare providers: guide for facilitators. 2005 (www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm.)
- 6) Technical updates of the guidelines on Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), 2005 (www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm.)