



PROGETTO GSA/35/GH

## **"Sorrìdi al mio bambino!": le cure sanitarie di base nella regione del Volta in Ghana**

### **PREMESSA**

Il "Rapporto OMS sulla Salute nel Mondo" relativo all'anno 2005 indica in 11 milioni il numero di bambini morti prima dei 5 anni, di cui 4 milioni morti entro le prime 4 settimane di vita. Oltre 3 milioni sono i bambini nati morti, mentre 500.000 sono le donne morte durante la gravidanza, al momento del parto, o per cause connesse al parto. La gravidanza e il parto rimangono la principale causa di mortalità e di morbidità per le donne in età fertile nei Paesi a risorse limitate. (Probabilità per una donna di morire di parto: in Africa 1:16, nei Paesi ricchi 1:2.800)

Il tasso di mortalità infantile, progressivamente diminuito negli anni passati, ha subito un rallentamento nella curva di discesa (vedi grafico allegato) in questi ultimi anni, stabilizzandosi attorno ai 180 morti per 1000 nati vivi.

Le strategie di intervento ritenute più idonee da parte delle più importanti e attente agenzie internazionali e dalle ONG impegnate i progetti sanitari sono strategie di tipo "orizzontale" che privilegiano l'attività sanitaria di base sul territorio secondo i principi più volte ribaditi a partire dalla dichiarazione di Alma Ata del 1978 "Salute per tutti entro l'anno 2000".

### **1. SEDE**

Il Ghana, stato dell'Africa subsahariana affacciato sul golfo di Guinea, copre una superficie di 238.540 kmq.

Confina a nord con il Burkina Faso, a ovest con la Costa d'Avorio, a est con il Togo, a sud con l'Oceano Atlantico.

La popolazione del Ghana è di 21.832.963 (censimento 2003) abitanti, con un tasso annuale di crescita del 3.15%.

La suddivisione per gruppi di età documenta i seguenti risultati:

- ◆ popolazione < 15 anni: 46%

- ◆ popolazione tra 15 e 60 anni: 47%
- ◆ popolazione > 60 anni: 7%

Secondo l'Istituto Nazionale di Statistica e dell'Analisi Economica (INSAE-2000), i principali indicatori socio-sanitari sono:

- ◆ aspettativa di vita alla nascita: 57,9 anni
- ◆ mortalità prima dei 5 anni: 9,8%
- ◆ mortalità infanto-giovanile: 15,6%
- ◆ mortalità materna: 540 ogni 100.000 nati vivi
- ◆ alfabetizzazione degli adulti: 72%
- ◆ popolazione che vive con meno di 1 \$ al giorno: 44.8%
- ◆ esportazione di beni e servizi: 13%
- ◆ PNL: 270 \$ pro capite

Per quanto riguarda la situazione sanitaria del Paese, in lieve ma costante miglioramento a partire dalla metà degli anni '90, le principali cause di ospedalizzazione sono:

malaria (28%)

infezioni respiratorie acute (20%), tra cui frequente la tubercolosi

infezioni gastroenteriche (18%)

L'infezione da HIV condiziona lo stato di salute di gran parte della popolazione, soprattutto nella fascia produttiva del Paese.

Secondo le stime ufficiali, la prevalenza di malattia è in crescita fino al 3.4% con significative differenze territoriali.

Per Volta Region, posta nella regione Sud orientale del Paese, che comprende la zona sanitaria di Weme-Abor, il tasso stimato di prevalenza dell'infezione da HIV potrebbe essere superiore al dichiarato 4,3% (la regione comprende la grande strada litoranea di collegamento lungo l'Atlantico e la dogana di confine con il Togo: nei territori di dogana il lungo permanere di camionisti e commercianti incrementa in modo significativo il tasso di diffusione di malattie sessualmente trasmesse in relazione anche alla diffusione dei rapporti sessuali mercenari, in stato di ebbrezza, senza protezione)

In ambito sanitario i tre obiettivi principali del Paese, proposti dal Fondo Globale e finanziati parzialmente dalla Banca Mondiale e dalla Cooperazione Inglese sono, come per tutta l'Africa subsahariana, la lotta alla malaria, alla tubercolosi e all'infezione da HIV: l'attuale situazione politica del Paese consente piani di investimento coerenti ed affidabili in ambito sanitario, soprattutto in relazione ai notevoli sforzi di ripianificazione della sanità di base.

Diverse ONG sono presenti nel Paese, con discreto sostegno da parte dei rispettivi Ministeri in considerazione della relativa tranquillità sociale e delle

discrete garanzie di stabilità politica. (Rimane il rischio di "contraccolpi" in relazione alla attuale situazione instabile delle confinanti Costa d'Avorio e Togo, francofone ma con notevoli scambi commerciali ... e di altro genere con il Ghana che, soprattutto al sud, vede la presenza della stessa etnia Ewe dei due Paesi limitrofi. Nel 2000, dopo 22 anni di dittature militari, Kufour è però arrivato al potere con l'appoggio determinante degli Ashanti del nord, il 10 dicembre 2004 ha confermato la vittoria elettorale con il 52,73 % dei voti, confermato dagli Osservatori internazionali)

In Primo piano (dati UNICEF 2004 Childinfo e The State of the World's Children)

*Problemi ambientali:* il maggior problema è la desertificazione del NordOvest del Paese. Negli anni '80 le foreste ricoprivano il 34% del territorio, attualmente solo il 7% è foresta. Il resto è stato sostituito da piantagioni per legname da esportazione che, comunque, da lavoro a oltre 70.000 persone, soprattutto nel sud del Paese. L'inquinamento delle falde acquifere è in incremento in modo inversamente proporzionale alla disponibilità di acqua potabile

*Diritti delle donne:* nel 1954 le donne hanno avuto il diritto di voto e di candidatura; nel 2000 l'11% delle cariche ministeriali era occupato da donne. Le donne rappresentano il 51% della forza lavoro (59% in agricoltura, 9% nell'industria, 32% nei servizi). Il tasso di analfabetismo tra le donne > 15 anni è del 36,8% (19,7% uomini stessa età). Tra il 15 e il 30 % delle donne ghanesi subisce mutilazioni genitali.

*Minori:* nel 2001 nati 653.000 bambini, morti 65.000 prima dei 5 anni. Il 25% dei minori di 5 anni è gravemente sottopeso (al Nord tre volte più che al Sud). Le ragazze sono sottoposte a mutilazioni genitali, a matrimoni in giovane età e a poligamia. Molte sono destinate alla servitù rituale (*trokosi* in lingua ewe), sono *schiave degli dei* donate dalle famiglie ai sacerdoti per placare l'ira degli dei. Stretta correlazione tra poligamia e diffusione di HIV ( dati 2001: 34.000 sieropositivi < 14 anni, 200.000 orfani dell'AIDS)

*Minoranze etniche:* Ashanti (28%) ed Ewe (13%) sono in continua competizione con alterne fortune, mentre i Mossi-Dagomba del Nord (16%) sono i più sfortunati e privi di risorse oltre che di rappresentanza politica.

*Migranti e rifugiati:* 35.000 dalla Liberia, 5.000 dalla Sierra Leone, oltre 1.000 dal Togo, e un numero imprecisato dalla Costa d'Avorio, soprattutto al Sud. Oltre 2.000 ghanesi hanno chiesto asilo politico negli ultimi anni in Paesi occidentali.

*Pena di morte:* non ci sono state esecuzioni dopo il 1993

La Volta Region sta vivendo un progressivo miglioramento della situazione sociale e sanitaria: le risorse agricole sono garantite dalla costante presenza di

acqua, d'altro canto il bacino idrico realizzato con la diga di Akosombo (12 turbine, 60 megawatt giornalieri) è attualmente "insabbiato" e produce molto meno delle sue potenzialità.

Nel maggio 2003, sotto la direzione del PRGF (Riduzione della Povertà e Sostegno allo Sviluppo) il FMI ha firmato un accordo per garantire al Ghana per i programmi di riforma economica nel biennio 2003-2005. Nel giugno 2003 il governo del Ghana e il Fondo Africano per lo Sviluppo (ADF) hanno firmato un contratto per finanziare il risanamento del settore sanitario.

**Dal 1997 a Weme, villaggio situato nella regione meridionale della "Volta Region", è attivo il Sacre Heart Hospital voluto e finanziato dalla Diocesi di Keta Akatsi che ha trasformato una preesistente "Maternità" in Presidio Ospedaliero con le specialità di base (Medicina, Chirurgia, Pediatria e Ginecologia) e i servizi diagnostici necessari (laboratorio analisi, radiologia).**

Fanno riferimento all'Ospedale di Weme le popolazioni di una vasta area meridionale del Ghana, ma anche molti profughi togolesi e liberiani che hanno trovato ospitalità nel Paese a seguito delle tensioni politiche presenti negli ultimi anni nei rispettivi Paesi.

Si tratta di un territorio di circa 1.800 Km<sup>2</sup> con una densità di popolazione di circa 110 abitanti per Km<sup>2</sup>. La principale fonte di sostentamento è costituita dall'agricoltura (mais, miglio, manioca, ananas, palma da olio e cotone); esiste una modesta attività commerciale. Numerose sono le famiglie il cui padre trascorre prolungati periodi di tempo in Nigeria impegnato nelle attività estrattive. Questo tipo di attività induce uno stile di vita che facilita contatti a rischio di trasmissione di infezione (epatite, Aids) con effetti devastanti sulla struttura sociale e sul contesto sanitario.

Nella regione i bambini di età inferiore all'anno sono 6.800, tra l'anno e i 5 anni sono 18.700. Le donne in età fertile sono 32.000 e le gravidanze presunte sono 5.320 l'anno con un tasso di incremento demografico del 3.5% annuo, leggermente superiore alla media nazionale.

Le donne visitate ogni anno ai centri prenatali della zona sanitaria sono circa 2.000 (30%circa) mentre la popolazione frequenta centri sanitari in meno del 50% dei casi di patologia seria.

## 2. SCOPO

Facendo riferimento al tipo di strategia enunciata nella premessa e che caratterizza i progetti GSA fin dalla sua fondazione, dopo una attenta valutazione del territorio e delle strutture sanitarie disponibili, è stato avviato nel 2005 un piano di intervento nella zona sanitaria di Keta Akatsi situata nella "Volta region" (Ghana sud orientale).

In Ghana la situazione relativa alla mortalità infantile e materna legata al parto si posiziona ad un livello leggermente più soddisfacente rispetto alla media dei Paesi dell'Africa sub-sahariana.

Ciò è legato anche alla relativa stabilità politica degli ultimi anni che ha favorito una miglior distribuzione ed un più razionale utilizzo delle risorse sanitarie a seguito di un più facile intervento di associazioni umanitarie e al miglior accesso alle fonti di finanziamento internazionali (Banca Mondiale, Global Fund)

L'organizzazione sanitaria del Paese, con una teoricamente buona rete di copertura del territorio, tende a privilegiare l'intervento sanitario di base territoriale. Esiste tuttavia una copertura sanitaria molto irregolare con evidenti lacune, soprattutto nelle zone rurali a maggior distanza dai grossi centri abitati e dalle principali vie di comunicazione. Ciò rende estremamente problematico il raggiungimento dell'obiettivo OMS di garantire un riferimento sanitario di primo accesso ad ogni abitante in un raggio di 5 chilometri.

### **Con questo progetto ci si propone di:**

- monitorare la gravidanza e il parto nella Zona sanitaria di Keta Akatsi
- dotare i Dispensari della zona degli strumenti di base per garantire un attento svolgimento della gravidanza, un parto sicuro e le cure primarie a madre e bambino
- attivare una capillare opera di informazione e sensibilizzazione (scuole, gruppi giovanili, gruppi di donne, comunità religiose, associazioni professionali e sportive) attraverso gli strumenti disponibili (mercati, feste, riunioni, radio, spettacoli di piazza, manifesti, volantini, autoadesivi)
- garantire corsi di formazione agli operatori sanitari della zona (infermieri di Stato, ostetriche, agenti di salute del territorio, animatori sanitari di villaggio) con la stesura di protocolli che prevedano l'implementazione delle direttive OMS e del Ministero della Salute del Ghana al fine di un razionale utilizzo delle risorse disponibili.

- affrontare con le autorità ufficiali e tradizionali i problemi legati alle mutilazioni sessuali, spesso responsabili di gravi problemi al momento del parto.
- incentivare e sostenere la formazione di gruppi di reciproco sostegno (sistema di mutua) per gruppi di donne nei villaggi
- garantire il trattamento di emergenza al Sacred Heart Hospital di Weme-Abor.

Si identificano alcuni momenti operativi preliminari alle attività di progetto:

- analisi dei dati relativi alla mortalità infantile e alla mortalità da parto nella Zona sanitaria
- mappatura e messa in rete (incontri - rapporti - istituzione di registri di "riferimento e controriferimento") dei Dispensari e dei punti di accesso sanitario dei villaggi con l'acquisizione dei dati relativi allo stato delle strutture e alla funzionalità delle stesse anche in riferimento alle risorse umane disponibili e ai sistemi di trasporto utilizzabili
- identificazione di parametri in grado di monitorare l'efficacia dell'intervento
- illustrazione del progetto e acquisizione di autorizzazioni e collaborazioni da parte delle autorità preposte e delle strutture coinvolte
- fornitura delle apparecchiature, dei presidi e dei farmaci necessari all'avvio del progetto
- inizio delle attività di progetto

### **3. DURATA**

Il progetto si svilupperà in due anni: eventuali prolungamenti verranno deliberati in fase di verifica del progetto e in relazione ad eventuali imprevedibili sviluppi in accordo con le autorità locali. Tali ulteriori sviluppi saranno completamente a carico della struttura organizzativa e dei fondi economici GSA.

### **4. PARTECIPANTI ALLA REALIZZAZIONE**

#### **Gruppo Solidarietà Africa**

Onlus, per la realizzazione di progetti sanitari nei PVS, costituita con atto notarile il 27.3.98 e iscritta all'Albo delle Associazioni del Comune di Seregno.

#### **Sacred Heart Hospital**

Dal 1997 a Weme, villaggio situato nella regione meridionale della "Volta Region", è attivo il Sacre Heart Hospital voluto e finanziato dalla Diocesi di Keta Akatsi che ha trasformato una preesistente "Maternità" in Presidio Ospedaliero.

## 5. RISORSE DISPONIBILI

### 5.1 Strutture e apparecchiature

#### *Sacred Heart Hospital di Weme-Abor:*

- ◆ Reparto medico e chirurgico
- ◆ Reparto di Ostetricia e Ginecologia con annessa Pediatria
- ◆ Servizio d'urgenza (Pronto Soccorso)
- ◆ Laboratorio di analisi con attività di microscopia ottica, biochimica ed ematologia
- ◆ Radiologia con servizio di ecografia
- ◆ Centro trasfusionale con associazione dei donatori di sangue
- ◆ Farmacia

*Dispensari e centri di salute della Regione*, gestiti dal Ministero della Sanità e collegati via radio con l'Ospedale e dotati di generatore di energia elettrica e acqua da pozzo. Non tutti i dispensari sono dotati di moto per il collegamento con l'Ospedale. I collegamenti e i trasporti urgenti sono garantiti dai mezzi dell'Ospedale contattato via radio.

### 5.2. Personale

Responsabili dei dispensari afferenti all'Ospedale e collaboratori

Personale attualmente addetto presso l'Ospedale di Weme:

- ◆ Direzione sanitaria dell'Ospedale
- ◆ Medici responsabili dei reparti di degenza e rispettivi collaboratori
- ◆ Tecnici di laboratorio responsabile e collaboratori

## 6. FASI OPERATIVE

Uno schema di intervento sinergico coinvolge le strutture sanitarie già presenti sul territorio e le metta in grado di realizzare una rete di interventi destinati a incidere in modo significativo sulla prevalenza di mortalità infantile e di mortalità da parto in un contesto di significativo miglioramento delle condizioni di salute di base.

L'intervento, come già sperimentato in situazioni analoghe in Paesi omogenei per contesto socio-sanitario, presuppone uno stretto rapporto di collaborazione tra struttura sanitaria, strutture amministrative (municipalità e zona), responsabili organizzativi tradizionali (capovillaggi, capi dei terreni, responsabili delle società di mutuo soccorso, ...), guaritori, capi religiosi tradizionali.

Acquisita la disponibilità e la fattiva collaborazione di ogni parte coinvolta, vengono assegnate le varie fasi operative in relazione alle competenze specifiche.

**a) Scuole:** sono organizzati corsi di formazione sanitaria per gli insegnanti, sul modello di quanto già realizzato dal GSA per la formazione sui progetti HIV e tubercolosi (1999). Sono previste 12 ore di formazione per ogni gruppo di insegnanti dell'ultimo anno della scuola secondaria (3 gruppi nella zona sanitaria), con la copresenza di formatori provenienti dal Sacred Heart Hospital di Weme e dalla Zona sanitaria (responsabile medico della Zona)

Gli insegnanti, in accordo con i funzionari locali del Ministero della Istruzione Pubblica, diventano "formatori" con il supporto di materiale didattico fornito in video e stampa (manifesti e volantini).

**b) Agenti di salute primaria** (infermieri del territorio): sono proposti corsi di formazione teorico pratici di primo intervento in campo ostetrico-ginecologico e pediatrico, compreso l'uso dei farmaci indicati dall'OMS come farmaci indispensabili per gli interventi sanitari primari.

Sono forniti elementi conoscitivi di base per la messa a punto di strategie preventive (monitoraggio della gravidanza, sorveglianza dell'allattamento, vaccinoprofilassi ...) dimensionate sul territorio in base alle situazioni specifiche.

Ogni agente di salute viene istruito sulle metodiche di diagnosi necessarie: test di gravidanza, raccolta di materiale biologico (feci - urine - sangue - espettorato - materiali biologici vari ...) da inviare al centro di riferimento ospedaliero.

Tutto ciò che di nuovo verrà elaborato, sarà messo a regime secondo protocolli di diagnosi e terapia condivisi con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e il Ministero della Sanità del Ghana.

**c) Responsabili dei centri nutrizionali:** i neonati e i bambini di età inferiore a 2 anni frequentano con maggior facilità i centri nutrizionali. Gli operatori di questi centri, anche se non infermieri, si trovano sovente a dover soccorrere bambini con febbre e gravi quadri di denutrizione. A loro vengono forniti elementi di base per una rapida ed efficace decisione, oltre ai mezzi necessari per il trasporto dei bambini in ospedale (la diarrea nei denutriti gravi è mortale nell'80% dei casi, così come la malaria).

**d) Gruppi di donne** (ce ne sono di tanti tipi: le gravide, le nutrici, le casalinghe, le lavoratrici dei campi, le commercianti, ...): per ciascun gruppo sono previste possibilità di formazione diverse offerte da personale sanitario e da "logistici" del progetto. In particolare si punta sul coinvolgimento delle gravide e delle nutrici con la proposta di una forma di assicurazione, "Women for women", su modelli già sperimentati dal GSA in analoghi contesti con ottimi risultati (Nord Bénin, Togo, Bourkina Faso) e presi a modello dalle agenzie dell'ONU.

*"Women for Women": ad ogni donna gravida e/o nutrice, viene proposto, al primo "contatto" sanitario, il pagamento di una quota forfetaria, equivalente a 30,00 €, rateizzata in base alle possibilità economiche della donna o della famiglia. Questa cifra garantisce tutta l'assistenza sanitaria al parto (compreso il trasporto dal villaggio con ambulanza inviata dall'Ospedale), in qualsiasi modo esso avvenga (per vie naturali o Cesareo) e, soprattutto, la cura delle complicanze del parto per la madre (rottura dell'utero, gravidanze extrauterine, fistole vescico-vaginali, ...). Il problema maggiore è proprio quello delle complicanze da parto. La donna che sa di essere "assicurata", non esita a recarsi in Ospedale, soprattutto quando è stata avvertita che il parto potrebbe creare problemi. Questo nuovo atteggiamento riduce nettamente le complicanze del parto, riducendo quindi i costi che l'Ospedale dovrebbe inevitabilmente assumersi per curare questo tipo di patologia i cui costi sarebbero insostenibili dalle donne e dalle loro famiglie.*

*Lo stesso sistema assicurativo viene proposto per le nutrici alle quali viene assicurata l'assistenza personale e del neonato fino al compimento del secondo anno di età (compresa fornitura di latte artificiale in caso di sospensione dell'allattamento per qualsiasi motivo).*

*La gestione dei fondi è affidata a un comitato di responsabili che si costituisce in ogni villaggio o centro rurale che accetta la proposta: il comitato trasferisce all'ospedale i nominativi delle donne "assicurate" e concorda le modalità di erogazione delle prestazioni.*

*L'integrazione del premio assicurativo, versato dalla donna, con una somma equivalente sia per le gravide che per le puerpere è a carico dell'Ospedale che attinge risorse da altre fonti. Al GSA compete la fornitura delle garanzie tecnico scientifiche per la corretta assistenza sanitaria delle persone assicurate.*

**e) Ospedale:** sono in via di completamento le forniture di apparecchi, presidi sanitari e farmaci necessari per il monitoraggio del parto in situazioni di emergenza, l'assistenza al neonato e alla madre. Esperti del GSA nei vari settori collaborano con gli omologhi locali per la messa a punto delle migliori strategie di intervento: nell'ambito del progetto sono destinate risorse specifiche per gli interventi relativi al monitoraggio della gravidanza, l'assistenza al parto e ai bambini fino al compimento del secondo anno.

**f) Ministero della Sanità e Autorità politiche nazionali e zonali, Referenti locali OMS, Agenzie ONU (UNICEF, UNHCR, ...), ONG presenti sul territorio (Medici senza frontiere, ONG locali, ...):** i responsabili del progetto e i referenti dei gruppi coinvolti si fanno carico di mantenere costanti

collegamenti con le autorità politiche e sanitarie, con le agenzie dell'ONU e dell'OMS e con le ONG presenti sul territorio e impegnate in campo sanitario.

## 7. RISORSE DA ACQUISIRE E COSTI

### SCHEDA ECONOMICA

Il progetto si basa su strutture già esistenti, da ristrutturare con piccoli interventi, ma soprattutto da dotare di materiali e strumenti di diagnosi e terapia. Importanti sono le risorse umane per la promozione della formazione, sia tecnica specialistica che sanitaria di base nei confronti degli operatori di villaggio e della popolazione.

(N.B.: i costi previsti per le apparecchiature tecniche e di laboratorio sono nettamente al di sotto dei costi reali in quanto forniti con particolari sconti per il rapporto preferenziale con i fornitori. Anche per i farmaci e i reattivi valgono gli stessi presupposti: gli acquisti sono fatti da grossisti ospedalieri e da cooperative certificate per la produzione di farmaci: ISI Cooperazione, Medeor)

	Descrizione intervento	Costo unitario	Costo totale
	<b>RISTRUTTURAZIONE AMBULATORI</b>		
<b>1</b>	<b><i>Ristrutturazione dell'ambulatorio dell'Ospedale</i></b>		<b>€. 3.500,00</b>
1a	Opere murarie e di sanificazione fondamenta	€. 2.500,00	
1b	Rinnovo arredi	€. 1.000,00	
1c	Strumentazione (fonendoscopio, sfigmomanometro, otoscopio, diafanoscopio, strumentazione per chirurgia ambulatoriale, lampada scialitica .....)	Omaggio delle case produttrici	
<b>2</b>	<b><i>Ristrutturazione parziale di tre dispensari della zona sanitaria</i></b>		<b>€. 6.000,00</b>
2a	Opere murarie e di carpenteria per rifacimento tetto dei tre dispensari	€. 2.000,00	
2b	Arredi	Già messi a disposizione dalle autorità locali	
2c	Strumentazione elementare per visita (ridotta rispetto all'Ospedale )	Omaggio	
	<b>Totale costi ristrutturazioni</b>		<b>€ 9.500,00</b>

	Descrizione intervento	Costo unitario	Costo totale
	<b>ADEGUAMENTO LABORATORI ANALISI</b>		
<b>3</b>	<b><i>Dotazione strumentazione laboratorio analisi Ospedale</i></b>		<b>€. 5.500,00</b>
3a	Microscopio ottico didattico a doppia postazione	€. 2.000,00	
3b	Coulter	Comodato	
3c	Spettrofotometro	Comodato	
3d	Centrifuga	€. 1.500,00	
3e	Microcentrifuga con lettore ematocrito	€. 500,00	
3f	Pipette, materiale di consumo	Omaggio	
3g	Dotazione iniziale dei reattivi di laboratorio, materiale prelievi ....	€. 1.500,00	
<b>4</b>	<b><i>Dotazione della minima strumentazione per i dispensari</i></b>		<b>€. 3.750,00</b>
4a	3 microscopi ottici	€. 700,00	
4b	3 microcentrifughe con lettore ematocrito	€. 500,00	
4c	Pipette e materiale di consumo	Omaggio	
4d	3 dotazioni iniziali di reattivi e materiale prelievi (limitato ai soli pungidito, disinfettanti, vetrini e coloranti per Gram e MGG)	€. 50,00	
	<b>Totale costi per laboratori</b>		<b>€. 9.250,00</b>

	Descrizione intervento	Costo unitario	Costo totale
	<b>STRUMENTI SPECIFICI PER MONITORAGGIO GRAVIDANZA E NEONATO IN OSPEDALE</b>		
<b>5</b>	<b><i>Dotazione reparto ostetricia e pediatria</i></b>		<b>€. 6.000,00</b>
5a	Elettrocardiografo	€. 1.900,00	
5b	Cardiotocografo per battito cardiaco fetale	€. 2.100,00	
5c	Ossimetro per monitoraggio ossigenazione dal dito e dal lobo auricolare con sensori a perdere	€. 2.000,00	
5d	Ecografo con stampante, sonda convex e vaginale, carta fototermica e gel	Omaggio	
	<b>Totale costi ristrutturazioni</b>		<b>€ 6.000,00</b>

	Descrizione intervento	Costo unitario	Costo totale
	<b>FARMACI E SUPPORTI NUTRIZIONALI</b>		
<b>6</b>	<b><i>Dotazione per Ospedale</i></b>		<b>€. 6.000,00</b>
6a	Farmaci essenziali OMS	€. 3.500,00	
6b	Materiale per medicazione	€. 2.000,00	
6c	Latte artificiale (integrazione del quantitativo ottenuto in omaggio)	€. 500,00	
<b>7</b>	<b><i>Dotazione per Dispensari</i></b>		<b>€. 1.800,00</b>
7a	3 dotazioni di farmaci essenziali	€ 450,00	
7b	3 dotazioni di materiale per medicazione	€. 150,00	
<b>8</b>	<b><i>Dotazione per Centri nutrizionali</i></b>		<b>€. 1.500,00</b>
	Farine vegetali di produzione locale	€. 1.000,00	
	Farmaci di primo impiego	€. 300,00	
	Latte artificiale per integrazione	€. 200,00	
	<b>Totale costi ristrutturazioni</b>		<b>€ 9.300,00</b>

	Descrizione intervento	Costo unitario	Costo totale
	<b>FORMAZIONE (esclusi costi espatriati)</b>		
<b>9</b>	<b><i>Formazione diplomante</i></b>		<b>€. 6.000,00</b>
9a	Due infermieri di Stato in formazione	€. 2.000,00	
9b	Quattro agenti di salute di villaggio in formazione	€. 500,00	
<b>10</b>	<b><i>Formazione dei "referenti sanitari di comunità"</i></b>		<b>€. 3.000,00</b>
10a	Dieci corsi nei villaggi di riferimento (per diem formatori)	€. 200,00	
10b	Materiale didattico per dieci corsi	€. 100,00	
<b>11</b>	<b><i>Informazione</i></b>		<b>€. 1.000,00</b>
11a	Materiale divulgativo (volantini, adesivi, ....)	€. 500,00	
11b	Supporto alle radio locali	€. 500,00	
	<b>Totale costi formazione</b>		<b>€ 10.000,00</b>

	Descrizione intervento	Costo unitario	Costo totale
	<b>MEZZI DI TRASPORTO</b>		
<b>12</b>	<b><i>Autoambulanza</i></b>		<b>€. 800,00</b>
12a	Mezzo	<i>Messa a disposizione dall'Ospedale</i>	
12b	Rimborso forfettario benzina per la durata del progetto	€. 800,00	
<b>13</b>	<b><i>Moto "induro" per attività nei villaggi</i></b>		<b>€. 600,00</b>
13a	2 moto	<i>Messe a disposizione da ditta italiana</i>	
13b	Benzina prevista per le due moto	€. 600,00	
	<b>Totale costi mezzi di trasporto</b>		<b>€ 1.600,00</b>

	Descrizione intervento	Costo unitario	Costo totale
	<b>ESPERTI ESPATRIATI (*)</b>		
<b>14</b>	<b><i>Missioni di supporto tecnico e monitoraggio</i></b>		<b>€. 3.000,00</b>
14a	Due missioni del coordinatore GSA con competenze medico-specialistiche tropicali	€. 500,00	
14b	Una missione specialista Pediatra	€. 500,00	
14c	Una missione specialista Ginecologo		
14d	Due missioni tecnico di laboratorio e radiologia con lunga esperienza in Paesi tropicali	€. 500,00	
	<b>Totale costi espatriati</b>		<b>€ 3.000,00</b>

(\*) Le spese di viaggio sono sostenute da ciascun espatriato dal GSA che, eventualmente, si procura uno sponsor personale; vengono riconosciute solo le spese strettamente connesse alla realizzazione del progetto e anticipate in proprio dall'espatriato.

## Scheda finanziaria riassuntiva

	Descrizione intervento	Costi
1-2	RISTRUTTURAZIONI AMBULATORI	€. 9.500,00
3-4	ADEGUAMENTO LABORATORI ANALISI	€. 9.250,00
5	MONITORAGGIO GRAVIDANZA E NEONATO	€. 6.000,00
6-8	FARMACI E SUPPORTI NUTRIZIONALI	€. 9.300,00
9-11	FORMAZIONE	€. 10.000,00
12-13	MEZZI DI TRASPORTO	€. 1.600,00
14	ESPATRIATI	€. 3.000,00
	<b>TOTALE</b>	<b>€. 48.650,00</b>

La scheda finanziaria costituisce parte integrante del documento redatto a Weme il 07 ottobre 2005 con la partecipazione di

Sr. Arcade Eleeza,

(Deputy Director of Nursing Services Sacred Heart Hospital - Weme)

dr. Paolo Viganò,

(Presidente GSA)

sig. Tiziano Vincenzi

(Tecnico di Laboratorio, responsabile tecnico del progetto GSA35GH)

ed approvato dal CD del GSA il 28.02.06 con uno stanziamento di 20.000,00 € per l'anno in corso.

## 8. COPERTURA FINANZIARIA

La copertura finanziaria dell'intero progetto è garantita dal GSA che si fa carico di richiedere compartecipazioni ad Enti pubblici e privati in relazione alle rispettive disponibilità e seguendo le regole indicate nelle disposizioni relative ai finanziamenti delle Onlus e nei Bandi di concorso pubblici per gli interventi di cooperazione nei PVS.

Il 13 marzo 2006 il progetto è stato sottoposto alla valutazione dell'Amministrazione Comunale di Seregno nell'ambito del Bando di concorso per il finanziamento di progetti di cooperazione 2005.

## 9. MONITORAGGIO

Periodici rapporti saranno forniti al GSA dalle autorità responsabili della gestione sanitaria e amministrativa dell'Ospedale, anche in relazione all'attività sul territorio.

I responsabili GSA del progetto effettueranno una ricognizione e una valutazione annuale, in accordo con i responsabili locali.

## 10. REFERENTI

### **In Italia:**

dr. Paolo Viganò, medico infettivologo, Presidente GSA

dr. Agostino Silva, medico pediatra, Vicepresidente GSA

sig. Tiziano Vincenzi, tecnico di laboratorio, responsabile delle strutture tecniche del progetto

### **In Ghana:**

Mons. P. Adanuty, Vescovo della Diocesi di Keta-Akatsi

Mr. Bismarck E. D. Dufe, direttore amministrativo

Sr. Arcade Eleeza, responsabile del personale

Documento redatto il 07 ottobre 2005 in Ghana da dr. Paolo Viganò, Presidente GSA, Tiziano Vincenzi, tecnico GSA, sr. Arcade e Mons. Adanuty

Approvato nella prima stesura dal CD del 28.02.2006 con un finanziamento preliminare di € 10.000,00 (diecimila/00 euro)

Rielaborato in Italia con la collaborazione del dr. Agostino Silva e di P. Angelo Confalonieri, missionario comboniano in Ghana e fiduciario del Vescovo per i rapporti tra l'Italia e la Diocesi di Keta-Akatsi, il 10.03.2006 per la presentazione all'Amministrazione Comunale nell'ambito del Bando per la Cooperazione tra il Comune di Seregno e i PVS.

Il Presidente  
P. Viganò

Seregno 12.03.2006

G.S.A. Onlus - 20038 Seregno (Mi) - Via S. Benedetto,25 - tel/fax 0362.221280 - e-mail:gsafrica@tin.it  
Organizzazione non lucrativa di utilità sociale per la realizzazione di progetti sanitari in Africa

Registro regionale del volontariato: foglio 643, n. 2566 sez. A

C.F. 02773920968 - P.I. 04150110965 c.c.p. 42222208 - c.c. Banca Popolare Sondrio 05696.33840.26727