

PROGETTO ERITREA

Project title

Assessment and monitoring of the prevalence of developmental difficulties among children in Eritrea and promotion of children's healthy development

Institutions responsible for the project

World Health Organization and Ministry of Health of Eritrea

Partners

Ministry of Human and Social Welfare, Ministry of Education

Target population:

Children with developmental disabilities in all zones.

Project duration

6 months

Project cost:

11,300 Euro



Gennaio 2009



Fondazione
Pierfranco e Luisa Mariani
neurologia infantile



World Health
Organization



INDICE

Indagine e monitoraggio sulla prevalenza di patologie dello sviluppo nella popolazione: la programmazione di interventi di prevenzione, diagnosi precoce, cura e riabilitazione evolutive.

<i>1.Introduzione.....</i>	<i>5</i>
<i>2.Il contesto della ricerca.....</i>	<i>5</i>
<i>3.Obiettivi.....</i>	<i>7</i>
<i>4.Metodi.....</i>	<i>8</i>
<i>4.1 Ricerca qualitativa.....</i>	<i>8</i>
<i>4.2 Progetto pilota per l'introduzione di strumenti di diagnosi precoce e monitoraggio delle disabilità evolutive in centri sanitari territoriali.....</i>	<i>10</i>
<i>5.Risultati.....</i>	<i>11</i>
<i>5.1 Principali risultati della ricerca qualitativa</i>	<i>11</i>
<i>5.2 Progetto pilota per l'introduzione di strumenti di diagnosi precoce e monitoraggio delle disabilità evolutive del bambine in strutture sanitarie territoriali</i>	<i>11</i>
<i>6.Disseminazione e utilizzazione dei risultati.....</i>	<i>13</i>
<i>7.Riferimenti bibliografici</i>	<i>14</i>

Allegati:

I Linee guida per le interviste

II Rapporto della Conferenza per la programmazione di servizi per bambini affetti da disabilità evolutive in Eritrea, Asmara, 2-3 ottobre 2008

Ringraziamenti.

Questo studio è frutto dell'attiva e paziente collaborazione di molti, in Eritrea ed in Italia.

Un grazie particolare:

- all' On. Ministro Saleh Meky, per aver fatto dei bisogni dei bambini eritrei affetti da disturbi neuropsichiatrici una propria priorità e per l'energia e insistenza con cui ha voluto questo studio;
- a Francesca Bellecci e lo staff della Fondazione Mariani per aver accettato la sfida e aver creduto nella possibilità di migliorare la qualità dei servizi di NPI in Eritrea;
- a Hiwet Negusse, per l'energia e motivazione con cui ha coordinato l'intero progetto e la tenacia nell'affrontare le difficoltà logistiche ed amministrative;
- Michael Assefaw e Abeba Abtom, per aver contribuito alla programmazione dello studio e alla formazione degli intervistatori;
- Tekle, Abraham, Gherre e Adam per tutto il tempo dedicato alle traduzioni, trascrizioni e formazione del personale;
- a tutti gli intervistatori che si sono recati in villaggi remoti e hanno pazientemente condotto le interviste in situazioni non sempre agevoli;
- infine, a tutti i genitori, medici, infermieri, religiosi e amministratori che hanno accettato di partecipare alla ricerca.

1. Introduzione.

Le disabilità evolutive, ovvero i ritardi linguaggio, i disturbi relazionali, neuromotori, sono tra le principali cause infantile a livello internazionale^{1,2} e si dei bambini in età prescolare ne sia. Nei paesi in via di sviluppo i bambini frequentemente esposti a molteplici tra cui la povertà, la malnutrizione, la ambienti domestici poco stimolanti, che negativamente il loro sviluppo cognitivo, socioemozionale.

Secondo recenti stime, almeno 200 milioni di bambini in età prescolare non raggiungono il loro potenziale di sviluppo cognitivo e socio-affettivo e la maggior parte di questi bambini vive nell'Africa subsahariana.^{3,4}

Questi bambini svantaggiati hanno più probabilità di ottenere un basso rendimento scolastico, di avere di conseguenza in futuro redditi bassi e di provvedere alla tutela dei propri figli in modo subottimale, contribuendo perciò alla trasmissione intergenerazionale della povertà.

Nonostante l'evidenza scientifica abbia dimostrato i vantaggi dell'investire in interventi per la promozione dello sviluppo del bambino e per la diagnosi e cura dei bambini affetti da disabilità evolutive, ciò non ha determinato, in particolare nei paesi a basso reddito, la risposta auspicata⁴.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha recentemente iniziato a sviluppare, in collaborazione con istituti accademici d'eccellenza, alcuni strumenti e strategie di intervento per la prevenzione, la diagnosi precoce e la riabilitazione delle disabilità evolutive adatte a contesti in cui le risorse umane e le infrastrutture sono scarse⁵.

L'OMS ha inoltre recentemente condotto campagne internazionali per la sensibilizzazione di governi, enti internazionali ed istituti accademici e di ricerca rispetto alla necessità di investire più risorse in questo ambito che sta emergendo come una delle future priorità di salute pubblica per i paesi in via di sviluppo⁶.

2. Il contesto della ricerca

L'Eritrea è un paese situato nel Corno d'Africa, costituitosi come stato indipendente nel 1993 in seguito ad una guerra d'indipendenza durata circa 30 anni. Ha una popolazione di circa 3,56 milioni di persone con una crescita annuale del 2,7% (GoE, LSMS, National Statistics Office, 2003). Circa il 13,5% della popolazione ha un'età inferiore ai 5 anni ed il 43% ha un'età inferiore ai 15 anni.

L'Eritrea si estende su un'area di 124.000 km² e dal punto di vista amministrativo è divisa in 6 regioni ("zobas") e 56 distretti ("subzobas").

Circa il 62% della popolazione vive in aree rurali. La densità media di popolazione è 36 per km² con una grande differenza tra le diverse regioni: densità di popolazione più alte si riscontrano nelle regioni del Deub (30%) e Maekel (23%), seguite dal Gash Barka (18%), Northern Red Sea e Anseba (13%) ed infine Southern Red Sea (3%).

La popolazione è composta da 9 gruppi etnici (Afar, Bilen, Hedareb, Kunama, Nara, Rashaida, Saho, Tigre and Tigrinia); circa la metà degli abitanti sono di religione cristiana copta e la maggioranza dei restanti sono di religione islamica.

L'agricoltura e l'allevamento di ovini e bovini costituiscono le maggiori fonti di sostentamento per l'80% della popolazione eritrea.

Il tasso di alfabetizzazione (51,3%, EDHS 2002) ed il livello generale d'educazione hanno una marcata influenza sulla diffusione di malattie, sull'adozione di comportamenti di prevenzione e l'utilizzazione di servizi sanitari.



cognitivi e del comportamentali e di morbidità stima che il 15 % affetto.

sono fattori di rischio, malattia ed influenzano motorio e

I servizi sanitari in Eritrea sono prevalentemente pubblici e sono organizzati in tre livelli. Il livello primario di assistenza sanitaria comprende servizi di prevenzione e cura territoriali offerti dalle cosiddette “health stations”, “health centers” e “community hospitals”. Nei villaggi alcuni servizi sanitari di base (per esempio, diagnosi e cura delle principali patologie dell’infanzia e attività di promozione sanitaria) vengono offerti da volontari appartenenti alle comunità stesse e con un breve formazione specifica in ambito sanitario, in stretta collaborazione con i comitati di salute del villaggio (Village Health Committee) e gli amministratori locali.

Le strutture sanitarie di secondo livello comprendono ospedali regionali e distrettuali che servono popolazioni di non più di 100,000-200,000 persone. Lo staff include medici generici, assistenti di laboratorio, farmacisti, infermieri ed assistenti, ed hanno tra le altre funzioni quella di supervisionare le “health facilities” nel loro territorio di pertinenza.

Gli ospedali di riferimento a livello nazionale (un ospedale generale ed un ospedale pediatrico) sono collocati ad Asmara. Essi sono sede dell’Università di Medicina (Orotta School of Medicine) e del corso di specializzazione in pediatria, entrambi di recente istituzione.

L’Eritrea è uno dei pochi paesi africani che ha ottenuto un miglioramento significativo dello stato di salute a livello di popolazione negli ultimi dieci anni secondo alcuni indici di salute e target definiti a livello internazionale (Millennium Development Goals); in particolare, il tasso di mortalità per i bambini di età inferiore ai 5 anni è diminuito del 4,8% per anno dal 1999.

Nonostante gli ottimi risultati ottenuti, la mortalità infantile e il tasso di malnutrizione acuta pediatrica, soprattutto in alcune zone del paese, rimangono alti (89‰ e 24%, rispettivamente).

Per quanto concerne la situazione relativa alle strutture per la diagnosi e cura dei disordini neuropsichiatrici dell’infanzia, c’è un solo servizio ambulatoriale dedicato a tali patologie presso l’Ospedale Pediatrico di Asmara, gestito da un pediatra neonatologo disponibile per 8 ore settimanali. Non vi sono altri servizi specifici ambulatoriali o di day-hospital nè alcun reparto di neuropsichiatria infantile. Tale situazione è dovuta alla mancanza di personale medico o paramedico qualificato e non alla mancanza di infrastrutture: non c’è alcuno psichiatra ne’ neurologo ne’ neuropsichiatra infantile, ed i pediatri solo al momento solo 7 nel paese.

Sono disponibili tre servizi di riabilitazione fisioterapica, sebbene gli operatori non abbiano una formazione specifica nell’ambito delle patologie dello sviluppo e l’attrezzatura sia limitata. Non vi sono logoterapisti.

I Ministeri della Sanità, dell’Educazione e degli Affari Sociali in Eritrea sono consapevoli della necessità di migliorare i servizi a disposizione dei bambini affetti da disordini neuropsichiatrici e delle loro famiglie e hanno dimostrato di volersi impegnare nel collaborare alla programmazione ed implementazione di programmi ed interventi integrati.

Nel gennaio 2007 si è infatti costituito un comitato intersettoriale di cui facevano parte esperti, personale sanitario e rappresentanti dei tre ministeri citati, dell’OMS e dell’Associazione Eritrea di Genitori di Bambini con Bisogni Speciali ed il cui mandato specifico era la programmazione ed il coordinamento di interventi ed iniziative per migliorare la qualità dei servizi educativi e socio-sanitari per i bambini affetti da disabilità evolutive.

Il comitato ha quindi convenuto che fosse necessario iniziare con uno studio esplorativo sui bisogni locali e le risorse disponibili per poter identificare gli interventi prioritarie e le modalità di intervento appropriate. Abbiamo inoltre deciso di condurre parallelamente uno studio pilota per l’introduzione di strumenti di diagnosi precoce, monitoraggio e counselling delle disabilità evolutive che possano essere facilmente utilizzati da personale sanitario senza qualifiche specifiche durante le visite pediatriche ambulatoriali. Una proposta di progetto è stata quindi sottoposta all’attenzione della Fondazione PierFranco e Luisa Mariani e ha ottenuto il finanziamento necessario per implementare lo studio esplorativo e di fattibilità secondo il programma sopra menzionato.

3. Obiettivi

L’obiettivo generale del progetto è la raccolta di dati preliminari all’introduzione di servizi ed interventi per la diagnosi, cura e riabilitazione di bambini affetti da disturbi neuropsichiatrici.

Gli obiettivi specifici del progetto sono i seguenti:

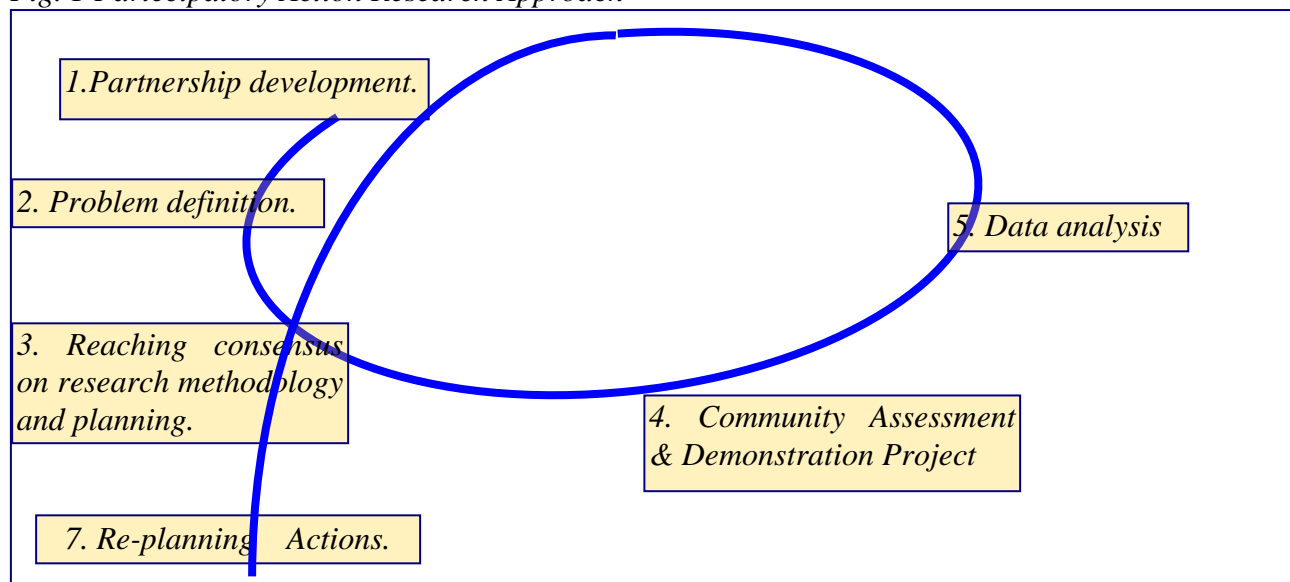
1. Generare dati per lo sviluppo di materiale di sensibilizzazione della popolazione rispetto alle disabilità neuropsichiatriche e materiale di formazione per medici ed infermieri che siano adatti al contesto locale.
2. Migliorare le conoscenze del personale sanitario e parasanitario sullo sviluppo del bambino e le loro competenze nella diagnosi precoce delle disabilità evolutive e counselling.
3. Raggiungere un consenso rispetto a quali siano le strategie di intervento più appropriate ed efficaci per la promozione dello sviluppo, la diagnosi e cura dei disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia in Eritrea.

4. Metodi

Nel condurre il progetto di ricerca abbiamo seguito le fasi di implementazione tipiche del metodo di Ricerca d'Azione Partecipativa ("Participatory Action Research"): programmazione, azione e osservazione, riflessione, riprogrammazione, etc. (Vedi figura 1)

Il progetto si compone di due parti distinte: una ricerca qualitativa sui bisogni e le risorse locali ed uno studio pilota per l'introduzione di strumenti di diagnosi precoce e monitoraggio delle disabilità evolutive in strutture sanitarie territoriali.

Fig. 1 Participatory Action Research Approach



4.1 Ricerca qualitativa.

I seguenti metodi sono stati scelti per la raccolta dati:

- interviste ad informatori chiave;
- interviste individuali semistrutturate a genitori di bambini affetti da patologie neuropsichiatriche;
- discussioni di gruppo con genitori in comunità urbane/rurali prescelte.

Lo studio è stato condotto in sei luoghi selezionati dal comitato multidisciplinare coordinatore della ricerca secondo criteri di rappresentatività ("purposeful sampling"). I luoghi inclusi nella ricerca sono i seguenti: Asmara, Areza, Ghinda, Hagaz, Tesseney e Ghelalo.

I contenuti delle interviste sono stati discussi e concordati tra i membri del comitato multidisciplinare coordinatore della ricerca, sulla base degli obiettivi generali sopramenzionati e in previsione dell'utilizzazione dei risultati dello studio per lo sviluppo di materiale di promozione alla salute e per la programmazione di servizi appropriate al contesto socioculturale e alle esigenze/risorse locali.

Le interviste sono state somministrate a 20 genitori, a 21 informatori chiave e sono state condotte 7 discussioni di gruppo.

Gli informatori chiave che hanno partecipato allo studio comprendono due membri del Ministero della Sanità (responsabili rispettivamente dei progetti



relativa alla salute dell'infanzia e alla salute mentale), due membri del Ministero dell'Educazione (responsabili della "Special Needs Education" e dei progetti di "Early Childhood Development"), un rappresentante e fondatore dell'Associazione di genitori di bambini con "bisogni speciali", quattro amministratori locali, sei religiosi (tre sacerdoti copti e tre imam), un direttore di una struttura sanitaria territoriale, un volontario ("community-health worker volunteer"), un infermiere presso un ambulatorio pediatrico, un docente del College of Nurses, uno specializzando in pediatria ed un pediatra.

Le linee guida per le interviste agli informatori chiave facevano principalmente riferimento ai seguenti temi:

- progetti e risorse attualmente disponibili;
- priorità per la programmazione di future interventi;
- possibili "entry points", ovvero possibili modalità per rendere disponibili risorse finanziarie e professionali per l'implementazione di progetti nell'ambito di interesse e possibili modalità di integrazione di progetti neuropsichiatrici nella rete di infrastrutture esistenti.

Sono state condotte sette discussioni di gruppo con gruppi di 8-12 genitori convocati dall'amministratore locale delle comunità prescelte. I criteri per la selezione dei partecipanti alla discussione di gruppo consistevano nell'appartenere al comune selezionato e l'essere genitore di un bambino di un'età compresa fra gli 0 e 8 anni. I gruppi erano misti per sesso ed etnia. Le discussioni hanno avuto una durata di circa 2 ore e sono state condotte da un facilitatore assistito da un addetto alla registrazione, da un supervisore e, quando necessario, da un traduttore locale. Le interviste sono state condotte in 5 lingue locali.

Le linee guida per lo svolgimento delle discussioni di gruppo esplorano i seguenti temi:

- bisogni prioritari dei bambini affetti dalle disabilità famiglie e della comunità;
- ruolo della famiglia e della comunità allargata rispetto dei bambini con problemi neuropsichiatrici;
- comportamenti e attitudini della comunità nei affetti da disabilità e delle loro famiglie;
- ruolo dei bambini con disabilità evolutive nella opportunità di integrazione;
- risorse disponibili per l'implementazione di servizi e modalità di intervento suggerite;
- terminologia e categorie utilizzate per le patologie
- cause attribuite e modalità di cura adottati dai



evolutive, delle alla presa in carico confronti dei bambini comunità e nelle comunità stesse

Sono state condotte venti interviste individuali con affetti da disabilità evolutive. La struttura delle si ispira alla "McGill Illness Narrative Interview" Young A. & Kirmayer L., The McGill Illness Narrative Interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. Transcultural Psychiatry, Dicembre 2006.) e i temi elicitati includono i seguenti:



neuropsichiatriche, genitori. genitori di bambini interviste individuali (MINI) (Grouleau D., Interview (MINI): An

- l'esperienza di malattia o modelli esplicativi models");
- percorsi di ricerca di cura (o "help seeking
- compliance e soddisfazione rispetto alle terapie
- discriminazione e stigma vissuti dal bambino o dalla di partecipazione/integrazione alla vita della comunità
- problemi/preoccupazioni/priorità del bambino, dei famiglia;
- rete di supporto sociale;
- valutazione dei bisogni e delle risorse disponibili a livello locale.



("Explanatory behaviours"); ricevute; famiglia e livello allargata; genitori e della

I questionari per le interviste e per le discussioni di gruppo sono riportati interamente negli allegati.

Per migliorare la qualità della ricerca in termini di validità dei risultati, abbiamo adottato il metodo della triangolazione, che prevede l'adozione di molteplici metodi (focus group discussions, in-depths interviews e interviste ad informatori chiave) e il coinvolgimento di molteplici intervistatori.

Gli intervistatori sono stati formati attraverso due brevi corsi per l'introduzione del soggetto specifico dello studio, degli obiettivi della ricerca e degli strumenti e metodi proposti per la raccolta dati. Essi hanno inoltre partecipato attivamente nel finalizzare gli strumenti e nel testare gli stessi.

Le linee guida per le interviste sono state formulate in inglese e poi tradotte in Tygrigna e altre lingue locali e ritradotte in inglese per verificarne la consistenza dei significati. Tutte le interviste sono state registrate, trascritte e tradotte in inglese prima di essere analizzate.

Nell'analizzare i contenuti delle interviste è stata adottata la tecnica di analisi tematica ed un approccio collaborativo e partecipativo e' stato utilizzato per generare i codici e per la validazione dei risultati.

4.2 Progetto pilota per l'introduzione di strumenti di diagnosi precoce e monitoraggio delle disabilità evolutive in centri sanitari territoriali.

Abbiamo deciso di utilizzare strumenti internazionali standardizzati e specificamente pensati per essere introdotti in contesti poveri: Guide for Monitoring Child Development (GMCD) e Care for Child Development Intervention (CCDI).

35 infermieri sono stati formati nel periodo maggio-agosto 2008 e hanno utilizzato gli strumenti sopra menzionati (GMCD e CCDI) durante le visite ambulatoriali a bambini di età inferiore ai 3 anni presso i servizi territoriali di loro pertinenza. I dati relativi ai risultati delle valutazioni effettuate nei 3 mesi successivi sono stati inviati dai servizi territoriali al Ministero della Sanità in Asmara, inseriti in un database e successivamente analizzati con Epi-Info.

Inoltre, durante le supervisioni agli infermieri formati sono stati raccolti dati preliminari circa l'accettabilità e fattibilità dell'intervento.

5. Risultati

5.1 Principali risultati della ricerca qualitativa:

Sistemi di cura paralleli, quello medico convenzionale e quello tradizionale, coesistono e sono utilizzati dagli stessi genitori.

Lo stigma e la discriminazione nei confronti dei bambini affetti da disabilità evolutive emergono dalle narrazioni e influenzano i comportamenti di ricerca di cura e l'utilizzo dei servizi da parte dei genitori.

Tra i bisogni riportati più frequentemente da parte dei genitori, vi è la necessità per i genitori stessi di partecipare maggiormente alla vita sociale e di poter usufruire di iniziative di microcredito o "income generation".

La capacità del personale sanitario nel comunicare la diagnosi e nel fornire supporto psicosociale ai genitori emerge come un fattore chiave in grado di influenzare le aspettative dei genitori rispetto allo sviluppo dei propri figli e la partecipazione alla vita della comunità da parte dei bambini stessi.

Sono state identificate le seguenti principali risorse locali per l'introduzione di interventi: i fratelli e coetanei di bambini affetti da disabilità evolutive, i genitori, gli operatori sanitari e sociali a livello territoriale ("community-based workers"), i comitati sanitari dei villaggi e gli insegnanti.

Le figure 2 e 3 illustrano più dettagliatamente il mappaggio dei bisogni e delle risorse locali.

5.2 Progetto pilota per l'introduzione di strumenti di diagnosi precoce e monitoraggio delle disabilità evolutive del bambino in strutture sanitarie territoriali.

1.926 bambini di età inferiore ai 3 anni sono stati valutati durante visite ambulatoriali attraverso l'utilizzo di GMCD e 53 bambini (2.8%) presentavano un ritardo dello sviluppo. I risultati preliminari suggeriscono che l'intervento è ben accettato sia dagli operatori sanitari sia dai genitori.

Una valutazione dettagliata del progetto pilota, finanziata dall'OMS Eritrea, e' attualmente in corso.

Fig.2 Mappaggio dei bisogni percepiti dalle famiglie e dalle comunita'.

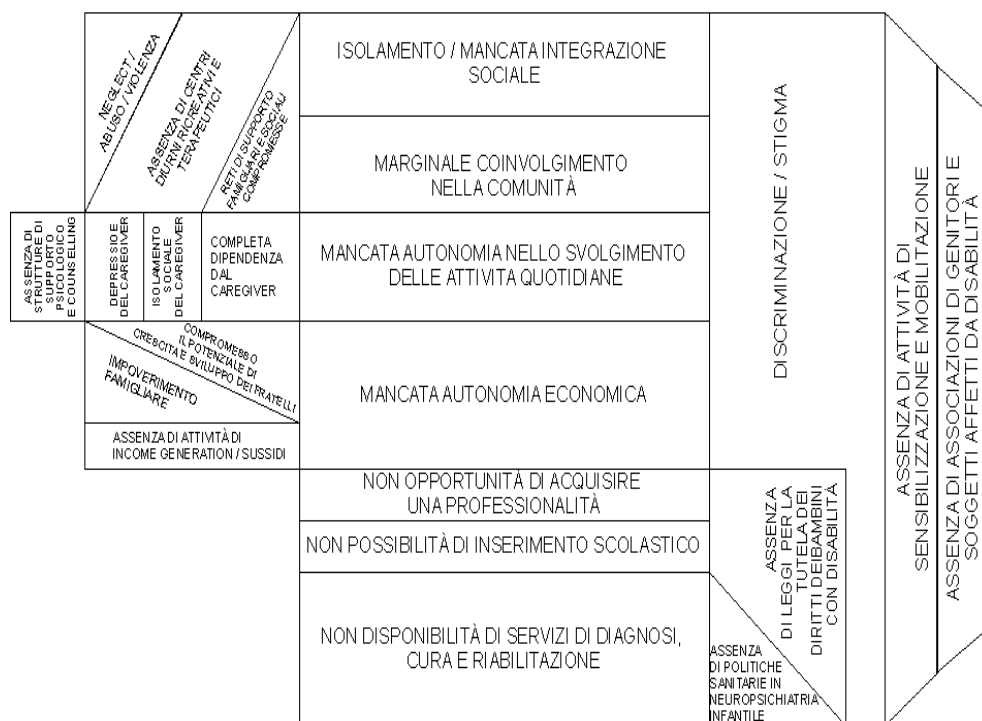
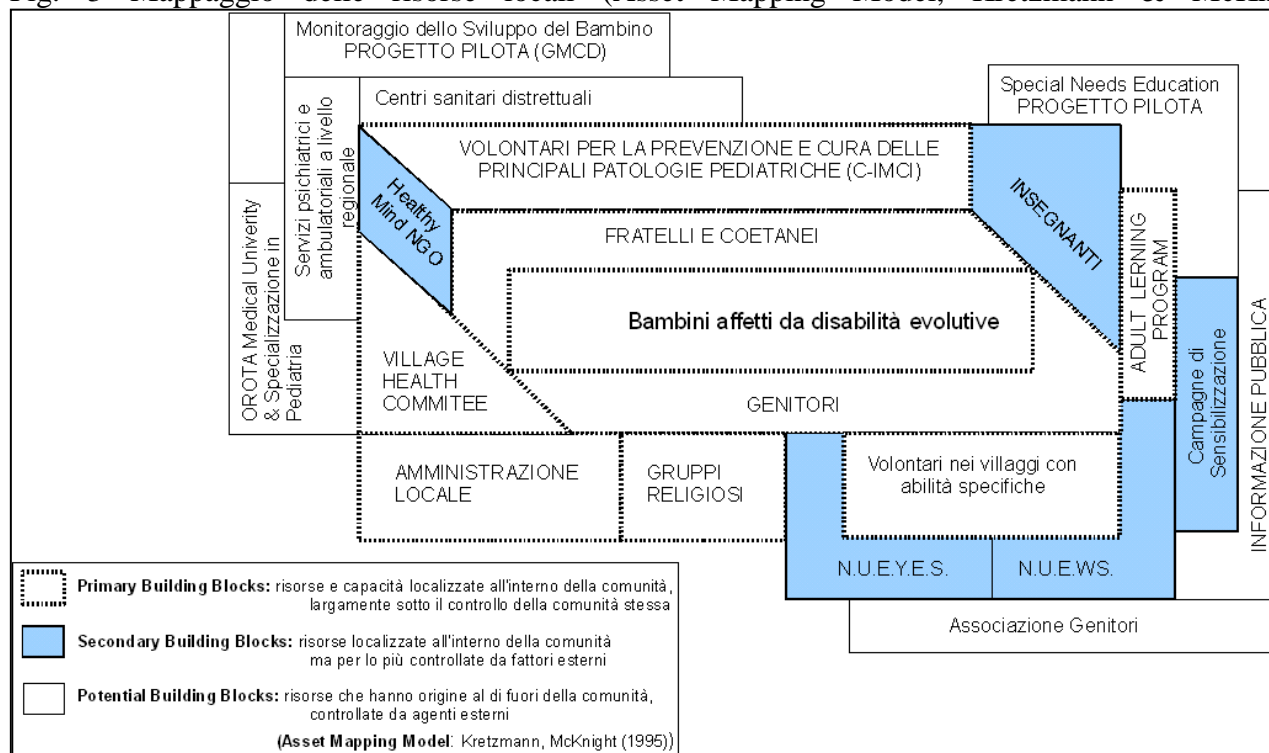


Fig. 3 Mappaggio delle risorse locali (Asset Mapping Model, Kretzmann & McKnight 1995)



6. Disseminazione e utilizzazione dei risultati.

I risultati della ricerca sono stati presentati e discussi in occasione di una conferenza organizzata il 2 e 3 ottobre ad Asmara. La conferenza aveva come obiettivi la diffusione dei dati relativi a ricerche e iniziative in ambito sanitario, educativo e sociale e rivolti a bambini affetti da disabilità evolutive e la formulazione di un programma nazionale di interventi prioritari in ambito neuropsichiatrico.

Hanno partecipato attivamente all'evento rappresentanti dei Ministeri della Sanità, dell'Educazione e degli Affari Sociali, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, UNICEF e ONG locali. Vi era inoltre una numerosa rappresentanza di insegnanti e genitori.

Il workshop si è articolato in due momenti: una prima giornata per la presentazione e discussione dei progetti condotti nei vari settori ed una seconda giornata di discussioni in gruppi per la definizione di un programma di attività prioritarie per il futuro.

Un rapporto dettagliato della conferenza è riportato tra gli allegati.

La conferenza ha costituito la prima occasione in cui si è discusso di interventi nell'ambito della neuropsichiatria infantile ad un livello istituzionale. Essa ha inoltre favorito la discussione degli interventi nei differenti settori ed ha portato alla costituirsi di un comitato tecnico intersettoriale istituzionale.

Il comitato si riunirà regolarmente per portare avanti la programmazione ed implementazione di interventi secondo il programma d'azione definito dai gruppi durante il workshop.

La conferenza ha infine dato modo ai genitori di esprimersi e partecipare attivamente alla definizione delle azioni prioritarie.

I dati di questo studio sono stati accolti con gratitudine ed interesse da parte dei genitori che si sono riconosciuti nelle narrazioni. I risultati verranno presto utilizzati dal Ministero della Sanità Eritreo per lo sviluppo di materiale di promozione e sensibilizzazione.

7. Riferimenti bibliografici.

Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders. World Health Organization Press 2006: 38-56.

Committee on Nervous System Disorders in Developing Countries, Board on Global Health. Neurological, Psychiatric, and Developmental Disorders: Meeting the Challenge in the Developing World. Institute of Medicine, Washington, DC: National Academy Press 2001: 158.

Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B; International Child Development Steering Group. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*. 2007 Jan 6;369(9555):60-70

Engle PL, Black MM, Behrman JR, et al. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet* 2007;369:229-42.

Dawson G, Ashman SB, Carver LJ. The role of early experience in shaping behavioral and brain development and its implications for social policy. *Dev Psychopathol*. 2000 Autumn;12(4):695-712

National Research Council and Institute of Medicine. From neurons to neighbourhoods: The science of early childhood development. J.P. Shonkoff and D.A. Phillips, eds. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

Kuo AA, Inkelas M, Lotstein DS, Samson KM, Schor EL, Halfon N. Rethinking well-child care in the United States: an international comparison. *Pediatrics*. 2006 Oct;118(4):1692-702.

Glascie FP, Dworkin PH. The role of parents in the detection of developmental and behavioral problems. *Pediatrics*. 1995 Jun;95(6):829-36

Ertem IO et al. Promoting child development at sick-child visits: a controlled trial. *Pediatrics*. 2006 Jul;118(1) e124-31.

Paul H. Dworkin. British and American Recommendations for Developmental Monitoring: The Role of Surveillance. *Pediatrics* 84: 1000-1010

First LR, Palfrey JS. The infant or young child with developmental delay. *N Engl J Med*. 1994 Feb 17;330(7):478-83.

Richter L. et al. The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: a review. World Health organization 2004

Ertem O.I., Dogan D.G. et al. A Guide for Monitoring Child Development in Low- and Middle-Income Countries. *Pediatrics*, 2008, Mar; 121 (3)

<i>Budget Details</i>			
<i>Activity</i>	<i>Item</i>	<i>Cost</i>	<i>Total Cost</i>
<i>1.1 Develop questionnaires and guidelines</i>	<i>Consultancy from local expert in sociology (6 days)</i>	<i>2,200 ERN=110 Euro</i>	<i>2,200 ERN=110 Euro</i>
<i>1.2 Translate the questionnaires</i>	<i>Salary local translator (10 days)</i>	<i>2400 ERN=120 Euro</i>	<i>2,400 ERN=120 Euro</i>
<i>1.3 Pilot test the questionnaires.</i>	<i>Travel expenses of facilitators</i>	<i>3 facilitators X 300 ERN</i>	<i>900 ERN = 45 Euro</i>
	<i>Incentive/tea break participants</i>	<i>10 participants X 50 ERN=</i>	<i>500 ERN = 25 Euro</i>
<i>1.4. Printing of questionnaires and guidelines</i>	<i>Questionnaires/ guidelines</i>	<i>1 ERN X 5 pages X 150 copies</i>	<i>550 ERN = 27.5 Euro</i>
<i>1.5 Conduct key informant interviews.</i>	<i>Travel expenses for interviewers</i>	<i>2 interviewers X 9 days X 300 ERN/day</i>	<i>5,400 ERN= 270 Euro</i>
	<i>Fuel</i>	<i>4,000 ERN</i>	<i>4,000 ERN = 200 Euro</i>
	<i>Rent vehicle</i>	<i>1,400 ERN X 9</i>	<i>12,600 ERN = 630 euro</i>
<i>1.6 Train social workers in the utilization of the research tools for the qualitative study.</i>	<i>Travel Expenses Participants</i>	<i>300 ERN X 13 pers. X 3 days</i>	<i>11,700 ERN= 585 Euro</i>
	<i>Incentive facilitators</i>	<i>300 ERN X 2 pers. X 3 days</i>	<i>1,800 ERN = 90 Euro</i>
	<i>Venue</i>	<i>1000 ERN X 3</i>	<i>3,000 ERN = 150 Euro</i>
	<i>Tea breaks</i>	<i>40 ERN X 15 pers</i>	<i>600 ERN = 30 Euro</i>
	<i>Stationery</i>	<i>50 ERN X 15 pers</i>	<i>750 ERN = 37.5 Euro</i>
<i>1.7 Conduct 6 focus group discussions with parents and in-dept interviews with parents whose children have neurodevelopmental disabilities.</i>	<i>Incentive participants</i>	<i>60 ERN X 80 pers.</i>	<i>4,800 ERN = 240 Euro</i>
	<i>Per diem facilitators</i>	<i>300 ERN X 18 pers. X 3 days</i>	<i>16,200 ERN = 810 Euro</i>
	<i>Fuel</i>	<i>180 l. X16 ERN/l. X 4</i>	<i>11,520 ERN = 576 Euro</i>
	<i>Rent vehicle X 3</i>	<i>1400 ERN X 12 days</i>	<i>16,800 ERN = 840 Euro</i>
<i>1.8 Enter and analyze data collected from the qualitative studies</i>	<i>Salary local staff for data entry and translation (14 days)</i>	<i>5,040 ERN = 252 Euro</i>	<i>5,040 ERN = 252 Euro</i>
<i>Subtotal 1</i>			<i>88,160 ERN=4,408 Euro</i>
<i>2.1 Translate the GMCD tool</i>	<i>Salary local translator (10 days)</i>	<i>2400 ERN=120 Euro</i>	<i>2,400 ERN=120 Euro</i>
<i>2.2 Print the GMCD tool.</i>	<i>Assessment/Counseling tool (GMCD)-</i>	<i>1 ERN X 10 pages X 1000 copies</i>	<i>10,000 ERN = 667 USD</i>
<i>2.3 Train health care providers on the utilization of GMCD tool 106840</i>	<i>Travel Expenses Participants</i>	<i>300 ERN X 3 days X 60 pers.</i>	<i>54,000 ERN= 3600 USD</i>
	<i>Incentive facilitators</i>	<i>300 ERN X 4 days X 3 pers.</i>	<i>3600 ERN = 240USD</i>

	Venue	1000 ERN X 3 days	3000 ERN = 200USD
	Tea breaks	40 ERN X 60 p. X 3 days	7200 ERN = 480USD
	Stationery	50 ERN X 60 pers.	3000 ERN = 200USD
2.4 Enter data and analyse findings of the assessment	Salary for secretary	~2500 ERN	167 USD
Subtotal 2			85,110 ERN =4,255.5 Euro
Activity	Item	Cost	Total Cost
3.1 Conduct a workshop for dissemination of findings and planning services	Travel Expenses Participants	150 ERN X 50 pers. (from Asmara) + 300 ERN X 30 pers (from other districts)	16,500 ERN = 825 Euro
	Incentive facilitators	300 ERN X 3 pers.	900 ERN = 45 Euro
	Venue	1000 ERN	1000 ERN = 50 Euro
	Tea breaks	40 ERN X 80 pers	3200 ERN = 160 Euro
	Stationery	50 ERN X 80 pers	4000 ERN = 200 Euro
Subtotal 3			25,600 ERN=1280 Euro
4.1 Conduct workshop at national level for the adaptation of the available materials for the promotion of child development	Travel Expenses Participants	300 ERN X 3 day X 20 pers.	18,000 ERN=900 Euro
	Incentive facilitators	300 ERN X 3 day X 3 pers.	2,700 ERN = 135 Euro
	Venue	1000 ERN X 3 day	3,000 ERN = 150 Euro
	Tea breaks	40 ERN X 20 p. X 3 days	2,400 ERN = 120 Euro
	Stationery	50 ERN X 20 pers.	1,000 ERN = 50 Euro
Subtotal 4			27,100 ERN =1355 Euro
TOTAL			225,960 ERN =~ 11,300 Euro

Allegato 1. Linee guida per le interviste.

a) .In-depth interview

- Introduction and ask for informed consent.

“Good morning, I’m _____ (interviewer). I’m originally from _____ (village/city of origin) and I’m currently working as _____ (position) for the _____ (MOH, MOE, other institution...).

We would like to know more about your experience as caretaker of _____ (child’s name) in order to be able to better help parents like you. We think that your contribution would be precious for us. The interview will probably last one hour. Whatever information you provide will be kept strictly confidential and will not be shown to other persons. You can choose not to answer any individual question or all of the questions. However, we hope that you will participate since your views are important.”

1) I understand that you have some concerns about your child. Could you better explain it to me?

2) When did you realize your child was having some difficulties for the first time? [Let the narrative go on as long as possible, with only simple prompting by asking, “What happened then? And then?”]

3) How did you react?

4) How did your husband (/wife/family) react to it?

5) What did you do to help your child? Whom did you take your child to?

6) Who decided? Why that decision?

7) If she/he went to see a helper or healer of any kind, ask:

Could you tell us about your visit and what happened afterwards? [Prompt for each kind of visit (to healer/doctor/CHWs/religious leader...)]

8) Did you receive any treatments/advice for your child’s problem? [prompt for each visit to different helper]

- 9) *Were you able to follow that treatment (or medicine or recommendation)?*
- 10) *Did you observe any benefit?*
- 11) *What made that treatment work well?*
- 12) *What made that treatment difficult to follow or work poorly?*
- 13) *What treatments did you expect to receive for your child's problem that you did not receive?*
- 14) *What other therapy, treatment, help or care have you sought out?*
- 15) *What other therapy, treatment, help or care would you like to receive?*
- 16) *Did a person in your family or social environment ever experience a problem similar to that of your child?*
- 17) *In what ways do you consider your child's problem to be similar to or different from this other person's problem?*
- 18) *Have you ever seen, read or heard on TV, radio, newspaper, book or on the internet of a person who had the same health problem as you?*
- 19) *In what ways is that person's problem similar or different from yours?*
- 20) *Do you have another term or expression that describes your child's problem?*
- 21) *According to you, what caused your child's problem? [List primary causes and prompt for any other cause]*
- 22) *Why did your child's problem start when it did? [Prompt for anything happening at the time in the family/village/social environment that could explain the emergence of the problem and try to elicit why it contributed to it]*
- 23) *What do other members of the family think?*
- 24) *Was it possible to expect this problem was going to occur?*
- 25) *There has been any factor that made the problem worse?*
- 26) *During your visit to the doctor/healer for your child's problem, what did your doctor/healer tell you that your problem was?*
- 27) *Who is helping you in taking care of your child?*
- 28) *Is the family assisting/supporting you?*
- 29) *Is the community [including CHWs, social workers, teachers...] supporting you in any way?*

30) *Can you describe one day in your child's routine? What is your child doing during the day? [Listen and if necessary ask specifically whether the child has ever attended the kindergarten/school]*

31) *What do people think about him/her? What do they think about his/her problem?*

32) *What did people suggest you to do?*

33) *How has your child's problem changed the way you live?*

34) *What is the main difficulty in your daily life?*

35) *How do you feel?*

36) *I imagine that your child's difficulty might have affected your family's life as well. 37) How is it happening?*

38) *How do you see your child in the future? If you think about the future, which is your main concern?*

39) *Do you think he/she will be excluded from any role/responsibility?*

40) *How has this problem changed the way you feel or think about your child?*

41) *How has this problem changed the way that others look at you?*

42) *What has helped you through this period in your life?*

43) *What do you think will improve your child's life and wellbeing?*

44) *What do you think would improve your own life/could help you the most?*

45) *Which advice would you give to a parent of a child with the same difficulty?*

46) *Recently an association of Eritrean Parents of Children with Special Needs has been established in Asmara. The aims of the association are... How do you think they might be able to help parents like you?*

The information you shared with me today is extremely useful and will help us in better understanding the problem parents like you are facing. Thank you very much.

I might need to contact you again in the future and I hope you will be available.

We will come back sometime next month to share with you the results of this study for your precious feedback. I'll ask the village administrator to let you know when that meeting is going to be conducted and I hope you will be able to attend it.

b) Key Informant Interview Guideline.

1) Introduce yourself.

(Name, place of origin, profession, current position)

2) Explain the topic of the interview and how the data will be utilized.

(I would like to ask you some information regarding “developmental disabilities” in children, that is children with delay/impairment in learning, in communication or in social interaction. We would like to know your opinion regarding their priority needs, challenges faced in their daily life, available resources/services and suggestions on how to help them and their families in the future. The information provided will be utilized in planning health care services targeting children affected by these disorders.)

3) Ask for informed consent.

(The questionnaire usually takes 20 minutes to complete. Whatever information you provide will be kept strictly confidential and will not be shown to other persons.

You can choose not to answer any individual question or all of the questions. However, we hope that you will participate since your views are important.)

4) Explore local terminology for developmental disabilities (Write them in local languages).

I would like to ask your help in better defining the terms used to refer to developmental disorders in a way that everyone in Eritrea can understand, in a more appropriate way.

Ask origin, first language.

Which words in Tigrygna (or other local native language) would you utilize to define children affected by “developmental disabilities”? Children with an impairment/delay in communication? Impairment in social relations or difficulties in playing with peers? Impairment/delay in learning? Which is the term that you use to refer to children who are not able to play as peers do? Children who cannot do things for themselves (like dressing or eating) as peers do?

Children who have a delay/difficulty in walking?

Children who show strange behaviours (repetitive movements, cry if change occur in the environment, isolated, avoid peers...) or behaviour that is not appropriate for their age and for the social context?

Can you explain what is the precise meaning of these terms?

Do they have any negative connotation?

Which is the symptom that is less tolerated?

5) Explore local beliefs influencing explanatory models for developmental disabilities and attitudes towards affected children/families.

According to your experience and knowledge, what people think are the causes of developmental disabilities? (Prompt answers for specific disabilities)

What is the attitude of relatives towards affected children? Towards caretakers? What is the attitude of the community towards them?

6) Investigate help-seeking behaviours.

Think of a child with developmental disabilities that we know (or to your professional experience, if relevant). What do caretakers do when they have concerns about their child's development? Where do they seek help?

(Explore differences in relation to different developmental disorders)

Are there significant differences in the caretakers' behavior among different sites in Eritrea? (Refer to different ethnic group, religion, examples)

Who in the family or community take decisions about where to seek help?

7) Ask about challenges/priority needs faced by affected children, by their families and their communities (village).

Thinking again about one case of child with developmental disability you know, which are the problems the caretaker of that child faces? Which are the main challenges that the family of that child encounters in her daily life? (who, in the family?)

Are the people of that village experiencing any problem/distress?

Which are the priority needs that should be met? What do you think should be done in order to promote his/her wellbeing and development?

What do you think could be done to help and support the people who are living with the child?

8) Explore resources available and services in place.

Who is currently helping the child (with developmental disability) and supporting his family? Which are the resources available to help the caretaker? (at family level, in the community, school, health facility...)

Which are the services available for disabled children in Eritrea? (We are referring to health care services, including rehabilitation and counseling, to education and psychosocial support. Prompt for a comprehensive answer and for specific details according to the professional background and position of the interviewee.)

Are you aware of any previous or current project targeting disabled children and dealing with them?

9) Ask an opinion regarding possible entry points for future delivery of health care and psychosocial services for children with developmental disabilities and their families and foreseen challenges in their access, utilization and sustainability.

The Ministry of Health is committed to increase the quality of available services by improving the diagnostic instruments at referral hospital level (zoba, national) and the diagnostic, treatment and rehabilitation skills of health professionals in hospitals.

We are also willing to improve the assessment, monitoring and counseling skills at a lower level, so that all children with special needs are correctly identified and parents receive the appropriate counseling. Who do you think can assume this role (monitoring and counseling)? (Prompt: at health facility? At community level?)

Which might be the challenges and obstacles in access and utilization of services targeting children with developmental disabilities? (at community and health facility level, at hospitals, in specific sites and ethnic groups?)

How do you think the issue of sustainability of services should be addressed?

11) Prompt for any other relevant information and thank the interviewee for his time.

There is anything else that you think we should know or should be taken into consideration in planning services to promote the development and wellbeing of children with developmental disabilities in Eritrea?

Thank the informant.

Tell him/her that we might need to come back to him/her for additional information and that the findings from the study will be shared with him/her in about 2 months.

c) Focus group discussions-Guidelines for the facilitator.

- Introduction of research's purpose.

“Good morning, I’m _____ (facilitator). I come from _____ (village/city of origin) and I’m currently working as _____(position) for the _____ (MOH, MOE, MLSW, other institution...).”

Ask the recorder and supervisor to introduce themselves.

“We would like to ask your opinion on certain issues that we think might be useful for planning future services for children with special needs in a more appropriate way and we would be very grateful for your participation and contribution.”

- Ask for informed consent.

“The group discussion will probably last 2 hours. Whatever information you provide will be kept strictly confidential and will not be shown to other persons.

You can choose not to answer any individual question or all of the questions. However, we hope that you will participate since your views are important.”

- Introduce the topic.

“Children during their first years of life acquire many skills, like moving around and exploring the environment, communicating with others, playing with peers, learn how to read and write and then also thinking in a logical and abstract way.

However, some children show difficulties and are slower than others in acquiring one or more of these skills. Some children, for example, are not able to walk or talk at an age (for instance, 5 years of age) when other peers are able to walk and talk. Do you know any child with such a problem?”

1) Explore local terminology, categories, theory of causation, help seeking behaviours.

Ask for the local terms used to indicate children affected by developmental disabilities (in general, the equivalents for “disabled”, “handicapped”, “slow”, and other cultural-bound terms) and prompt words for specific symptoms and disorders (i.e. speech impairment, mental retardation, atypical social behaviour, cerebral palsy...). Write them in colored cards and stick them on a flipchart. Ask suggestions for grouping the mentioned terms (colored cards) according to categories. Then rank them according to perceived severity and rearrange them according to pattern of help seeking behaviour.

Referring again to the disorders mentioned in the flip chart, ask to list which are the causes of them according to people in their community. (Ask: “ Which in your opinion are the causes for

these disorders that you mentioned? What people from your village think are the causes for these disorders?" Prompt for each term previously defined.) If we think that participants are hesitating, ask each of them to mention one in circle.

Ask if there is any child affected by developmental disorder in the village and elicit specific terminology used, theory of causation and help seeking behaviour.

2) Explore perceived priority needs of children and caretakers and challenges faced in their daily lives. Investigate whether any change (emerging need, challenge, shift in attitude...) has occurred over the last years.

"Who takes care of children with these difficulties/disabilities in development?"

"Do you think that children with delays or difficulties in development (again, mention "children who cannot speak, walk, learn as others..") present "special needs?. If yes, which are their priority needs? Are their priority needs met?"

Which are the challenges faced by caretakers and family of these children?"

"Do they receive any treatment or care (medicine, local remedy, specific service, advice) for their problems? Do you think that they are effective? Is any of them dangerous?"

"Who is helping them and their caretakers?" (Explore the role of parents, family, relatives, neighbors, teachers, community health volunteers, church, community)"

"What is the role of these children in the community" (Explore if there is any possibility of functional integration in the community life)

"Referring to a specific case, how is the presence of that child affecting the community?"

"How people in the village is behaving towards him/her?" (support vs stigma and isolation)

3) Explore resources at the community level for providing counseling and support and identify barriers to utilization of services.

"Thinking about a child (with developmental disorder) you have in mind, how could his/her wellbeing and opportunity for development be improved? How could the wellbeing of the caretakers be improved? And the family supported?"

“Who in your village can support these children/families the most?”

“What could be your role/ the role of your community in this effort to promoting the development of children with special needs and supporting their families?”

Explore in detail opportunities in terms of available human resources, occasions...

“We would like to build the capacity for monitoring and counseling caretakers of children with “special needs” at the community level and/or health facility. Who , in your opinion, should have these skills and should take this role?”

“Which might be the challenges in providing families/your community with this monitoring/counseling/referral services? Do you foresee any barrier to their utilization?”

4) Ask for any additional information related to the topic they would like to share and thank for their contribution and participation.

Explain that the findings of the research will be discussed with them in a plenary session for feedbacks in about 1 month and agree on tentative day, time and location for the meeting with participants and local administrator.

Allegato 2. Rapporto della Conferenza per la programmazione di servizi per bambini affetti da disabilità evolutive in Eritrea, Asmara, 2-3 ottobre 2008.

Title: Dissemination and Planning Workshop: early detection and management of developmental disabilities in children and promotion of children's optimal developmental potential.

Background:

In Eritrea, the MoH, MOE, MOLHW and representative from the Association of parents of children with special needs established a committee in 2007 to advocate for better services for children with developmental disabilities in Eritrea.

The committee identifies the need to collect data on the prevalence of developmental disabilities in the country and to explore attitudes, care seeking behaviors in relation to developmental disabilities and resource available at the community level for future interventions.

After many consultations and discussions, a standardized tool developed by Ankara University and WHO was chosen for being utilized in a pilot site in Eritrea to collect data and monitor child development during routine outpatient pediatric visits at health facility level.

A national workshop on ECD was jointly organized by WHO and MOH in Asmara, on 2-3 October 2008, to discuss about interventions for early detection and management of developmental disabilities in children and promotion of children's optimal developmental potential.

Objectives:

Present current projects, services and data available related to developmental disability in different sectors.

Share information on other countries' experiences in implementing programs targeting children with developmental disabilities and on international tools available.

Outcome:

It was expected that the meeting reach consensus on national priorities in the light of the strengths and weaknesses of the current situation and develop a plan for the way forward.

Participants :

The meeting was attended by 45 participants representing relevant units and departments at the Ministry of Health (Child Health Unit, International Cooperation, Disease Prevention and Control Department), Ministry of Education (ECD and Special Needs Education Units), Ministry of Labor and Human Welfare, WHO, UNICEF, Healthy-Mind NGO, Parents' Association of children with Special Needs, the National Union of Eritrean Women (NUEWS) and the National Union of Eritrean Youths (NUYES).

Day 1.

The meeting was opened by the Minister of health, Hon. Saleh Meky, who affirmed his strong commitment to this area of work. He expressed his personal interest in working collaboratively to ensure concrete progress towards improving the life of children with developmental disabilities for moving forward effectively based on an in-depth review and analysis of the findings of the pilot studies and the different projects in several Zobas.

The morning was devoted to five presentation starting with the objectives of the workshop, by Hiwet Negusse, a presentation and experience to date on the use of Care for Development tool, by Ms Meena Cabral De Mello (Advisor on Child and Adolescent Development from WHO Headquarters), a review of neurological cases attending the referral pediatric outpatient service, by Dr Zemichael Ogbe, a presentation on a pilot study of monitoring and early detection of developmental difficulties, by G/Michael Andemariam, an overview of the qualitative findings on needs, help seeking behaviours and resources at community level, by Dr Chiara Servili.

Points raised in the discussion are summarized below:

Most actions for children with disabilities were being considered in the context of school age children and their educational needs. There was little that was being done to raise the needs of younger children and on the links on prevention through maternal health.

The capacity to deal with developmental problems in the country is limited therefore most socio-emotional and cognitive delays which are not linked to neurological disorders go unrecognized and therefore untreated.

The focus has been on diagnosing the severe neurological disabilities and very little effort has been directed at the prevention of developmental disabilities including maternal care during pregnancy, child birth and in post-partum period.

Furthermore the few services are all located in Asmara and children from the periphery are left behind.

Questions were raised about feasibility and ease of use of tools in schools for assessing developmental disabilities in children.

The qualitative tool deals effectively with parents' concerns.

The needs of children and families are huge and not adequately met in most sites due to lack of trained personnel, equipped facilities and options for treatment and placement of children.

The coexistence and co-utilization by parents of parallel systems of care, the medical and traditional which most people use interchangeably, since most people hold strong belief that development disabilities are attributed to God's will and evil eye.

The importance of community –based care and community empowerment through information and support were enlightened.

There is lack of clarity regarding the role of malnutrition as a contributing factor for developmental disabilities.

The remaining part of day 1 was devoted to interventions targeting children with developmental disorders in Eritrea, achievements and future plans for special needs education, community-based

rehabilitation program, constitution and future steps of the association of parents with special needs.

The key discussion points included the need to evaluate and learn from Healthy-Mind project which established community-based services for children with mental disorders. The DANIDA funded project on ECD has been discontinued after 2005; an evaluation and integration of the project with MOE activities would be very useful.

The Community Based Rehabilitation program has broad outreach but is unable at the moment to meet all the needs of families of children with special needs. The MOLHW has done its best to increase the coverage of its program so that no subzobas are left out but it dedicated its efforts singularly to adults with special needs. The component for children needs to be built in through joint efforts with the other ministries.

Members of the parents' association of children with special needs presented a draft constitution which has been jointly prepared with the help of a number of partners including the three ministries. More support is needed for the constitution to be legally binded which would empower considerably the association.

Much discussion and commitment to support the association in all its efforts was shown by all ministries.

Day 2.

The meeting divided itself into three discussion groups which were allocated two hours to devise the outline of an action plan that is consistent with the weaknesses and strengths of the current situation.

The three groups were divided equitably to consist of representatives of the three Ministries, local NGOs and professional organizations. All groups worked on the same key issues and considered the three themes that emerged most frequently and most prominently during the course of the first day, mainly:

Need to set priorities to advance the agenda on ECD and childhood disabilities.

Need to integrate and coordinate action among all stakeholders

Need to advocate and mobilize people at four critical levels: policy, professional groups, community and parents/families.

The group also considered the action points in the light of the short term, that is action that could be initiated immediately and was not dependent on additional resources, and that which would be achievable on the longer term with further resources.

The consolidated recommendations from the three groups are listed in the 12 points below:

Ensure renewed commitment form national authorities.

Create formal inter-sectoral mechanisms for coordinating work/ with responsibilities and accountability for each sector and each partner.

Support for the empowerment of the parents.

Financial and counseling support for parents.

Multi-pronged advocacy with wide inter-sectoral collaboration.

Improved accessibility to care in equipped facilities and to medications.

Institute free medical and specialized care.

Intensive training including in peripheral areas and development of informational materials for respective partners.

Strengthen school health, vocational and occupational programs and therapies for specific disabilities

Provide day-care centers and specialized training to professionals for different disabilities.

Carry out research and evaluate pilots that have been carried out in different zobas and use the information to build an improved program.

Carry out nationwide assessment of disabilities and establish a good information system.

The Director General of Health Services, Ministry of Health, Dr. Berhane Gebretensae, closed the meeting renewing his commitment for the advancement of nationwide action in support of children with disabilities, their parents and the communities. He assured all the collective good will and commitment of the three Ministries involved and their support to the development of a strong parents association. He stated his interest in being personally involved in the development of this program, the refinement of the action plan and its roll out in various communities.

Finally Dr. Berhane expressed his gratitude to all participants and his satisfaction at the positive conduct and outcome of the meeting in which all felt free to express their opinion. He thanked WHO and Mariani Foundation and expressed his wish for their continued support and technical assistance.

