



Ministero degli Affari Esteri  
DIREZIONE GENERALE  
PER LA COOPERAZIONE ALLO  
SVILUPPO  
Unità Tecnica Centrale

PROGRAMMA DI ASSISTENZA TECNICA AL  
MINISTERO DELLA SALUTE PERUVIANO NEL  
QUADRO DEL PROGRAMMA NAZIONALE  
“*ASEGURAMIENTO UNIVERSAL DE SALUD*”

**Valutazione tecnica**

Maggio 2010

## **SINTESI DEL DOCUMENTO E RESPONSABILI**

<b>Paese:</b>	Perù
<b>Titolo:</b>	Programma di Assistenza Tecnica al Ministero della Salute peruviano nel quadro del Programma Nazionale “ <i>Aseguramiento Universal de Salud</i> ”
<b>Importo totale:</b>	297.692,00 euro.
<b>Durata:</b>	12 mesi
<b>Canale:</b>	Bilaterale
<b>Tipologia:</b>	Dono
<b>Modalità d’esecuzione:</b>	Gestione diretta DGCS
<b>N° AID:</b>	9344
<b>Settore OCSE-DAC:</b>	12110 Health policy and administrative management

### **SUMMARY**

*The initiative aims at providing technical assistance to the Peruvian Ministry of Health in the area of policy design and implementation. Peru is carrying out, nowadays, a pivotal project of reform of the public healthcare sector. This is aimed at facilitating the universal access of people to healthcare services, and a global national coverage of health needs. The specific objective of the programme is therefore to contribute to the identification and implementation of effective and solid responses in key public health areas, such as primary healthcare assistance, insurance mechanisms harmonisation and management tools.*

*The main expected result is a fine tuned reform design that allows good levels of implementation of the “National Universal Health Care Programme”. This main goal is pursued through a capacity building programme with a special focus on primary healthcare strategies in rural and marginalised areas.*

*The whole initiatives is carried out as a bilateral aid scheme, with a round contribution of 297.692,00 Euros by the General Direction for Development Cooperation of the Italian Ministry of Foreign Affairs.*

**Obiettivi del Millennio collegati:**

MDG4 Ridurre la mortalità infantile, Target 1

MDG 5 Migliorare la salute materna, Target 1 e 2

MDG 6 Combattere AIDS, malaria e altre malattie infettive, Target 1, 2 e 3

MDG 8 Sviluppare una partnership globale per lo sviluppo, Target 1 e 5

**Settore OCSE DAC:**

CRS CODE 12110 *Health policy and administrative management*

CRS CODE 12191 *Medical services*

CRS CODE 12261 *Health education*

CRS CODE 12281 *Health personnel development*

CRS CODE 12182 *Medical services*

CRS CODE 11430 *Advanced Technical and managerial training*

.

**Tema OCSE DAC associabile:** Sviluppo partecipativo/buon governo

**Indicatore OCSE DAC relativo a *Aid for Trade*:** Non pertinente

**Rio Markers:** Non pertinente

**Responsabile tecnico dell'iniziativa:** Dott. Domenico Bruzzone. La Proposta di Finanziamento è stata formulata sulla base di un elaborato preliminare predisposto dagli Esperti Dott. Valentino Luzi e Dott. Marco Gaspari, secondo i termini di riferimento predisposti dall'UTL di La Paz.

## **INDICE**

SINTESI DEL DOCUMENTO E RESPONSABILI.....	ii
SUMMARY.....	ii
SIGLE E ACRONIMI.....	v
1. INTRODUZIONE E BACKGROUND.....	1
2. PRESENTAZIONE DELL'INIZIATIVA.....	1
3. ORIGINI, QUADRO GENERALE E CONTESTO DELL'INTERVENTO.....	3
3.1 Contesto Paese.....	3
3.2 Quadro Settoriale.....	5
3.3 Le Aree di Intervento Specifiche.....	8
4. DOCUMENTAZIONE: ANALISI E BASE CONOSCITIVA.....	13
5. DESCRIZIONE DELL'INIZIATIVA E STRATEGIA DI INTERVENTO.....	15
5.1 Quadro Logico.....	15
5.2 Obiettivo generale, obiettivo specifico.....	19
5.3 Risultati attesi ed attività.....	19
6. SOSTENIBILITÀ DELL'INIZIATIVA.....	21
7. STRATEGIA DI ATTUAZIONE E SUPPORTO.....	22
8. FATTORI ESTERNI ED ELEMENTI DI INTEGRAZIONE NEL PROGRAMMA-PAESE.....	23
9. FATTORI DI RISCHIO.....	23
10. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE.....	24
11. CRONOGRAMMA.....	25
12. TERMINI DI RIFERIMENTO ESPERTI.....	27
13. ANALISI DEI COSTI E BILANCIO PREVENTIVO DI SPESA.....	28
14. CONCLUSIONE E PROPOSTA.....	32

## ***SIGLE E ACRONIMI***

AUS	<i>Aseguramiento Universal en Salud</i> (Assicurazione sanitaria universale)
CAP	Conoscenze Attitudini, Pratiche
CTIN	<i>Comité Técnico Implementador Nacional</i> (Comitato Tecnico Nazionale per l'implementazione)
DGCS	Direzione Generale Cooperazione allo Sviluppo
DIRESA	<i>Dirección Regional de Salud</i> (Direzione Regionale di Salute)
DISA	<i>Dirección de Salud</i> (Direzione di Salute)
DPS	Direzione Provinciale di Salute
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> (Virus da Immunodeficienza acquisita)
INE	<i>Instituto Nacional de Estadística</i> (Istituto Nazionale di Statistica)
INEC	<i>Instituto Nacional Estadística y Censo</i> (Istituto Nazionale Statistica e Censo)
MAE	Ministero Affari Esteri Italiano
MINSA	<i>Ministerio de Salud del Perú</i> (Ministero della Salute peruviano)
ONG	Organizzazione Non Governativa
PEAS	<i>Plan Esencial de Aseguramiento en. Salud</i> (Piano essenziale di Assicurazione Sanitaria)
PIL	Prodotto Interno Lordo
QL	Quadro Logico
RENIEC	<i>Registro Nacional de Identificación y Estado Civil</i> (Registro nazionale anagrafe e stato civile)
SIS	<i>Seguro Integral de Salud</i> (Assicurazione Sanitaria Integrale)
TMM	Tasso di mortalità materna
UTC	Unità Tecnica Centrale
UTL	Unità Tecnica Locale

## **1. INTRODUZIONE E BACKGROUND**

La proposta in oggetto mira a sostenere il Ministero di Salute del Perù (MINSa) nella definizione ed implementazione di politiche pubbliche di salute in linea con le priorità d'intervento nazionali. L'intervento trae origine dalla consolidata esperienza maturata dalla Cooperazione Italiana nel settore salute tanto in Perù quanto nell'intera regione andina. In tale quadro, già a partire dai primi mesi del 2009 il Ministero di Salute del Perù aveva fatto a più riprese pervenire all'Ambasciata d'Italia in Lima il proprio apprezzamento per il lavoro svolto e per i risultati ottenuti dall'Italia nel quadro del "*Programma di Cooperazione Sociosanitaria a sostegno del Piano Binazionale di Pace Ecuador – Perù*", aid 6757, nonché della volontà di richiedere un'assistenza tecnica italiana per la definizione ed implementazione di interventi nel settore sanitario.

Inoltre nel marzo 2009, il Ministro di Salute peruviano Oscar Ugarte Ubilluz aveva convocato una riunione della comunità dei donatori per esporre i tratti salienti del programma nazionale di salute in favore della copertura sanitaria universale per il quale il solo MINSa aveva previsto per l'anno 2009 un finanziamento di 204 milioni di soles, pari a circa 50 milioni di euro. Inoltre, prima in occasione della missione istituzionale del Cons. Alessandro Gaudiano e del Min. Pier Francesco Zazo, responsabili Uffici DGCS V e DGCS UTC nel marzo 2009, e successivamente di quella del D. Domenico Bruzzone, Direttore della UTL Regionale di La Paz nell'agosto 2009, si erano svolti incontri con funzionari del MINSa nel corso dei quali era stato manifestato nuovamente il vivo interesse delle autorità peruviane ad usufruire delle consolidate *expertise* italiane nel settore socio-sanitario. Infine, in data 18 agosto 2009 è pervenuta ufficialmente all'Ambasciata d'Italia in Lima la richiesta del Ministero di Salute Peruviano con la quale la controparte richiedeva formalmente assistenza tecnica dalla DGCS relativamente all'implementazione del Programma di Assicurazione Universale di Salute, nel quadro della legge nazionale n. 29344.

Altresì nel corso dello start-up della II Fase del "*Programma di Cooperazione Sociosanitaria a sostegno del Piano Binazionale di Pace Ecuador – Perù*", Aid 6757, approvata dal Comitato Direzionale il 16 dicembre 2009 con delibera n. 165, si sono svolte nel febbraio 2010 delle consultazioni tra il team di esperti DGCS e responsabili della Direzione per la Cooperazione Internazionale del MINSa Perù. Nel corso di tali incontri, gli esperti hanno raccolto ulteriori elementi per la definizione dell'iniziativa in oggetto relativamente al quadro tecnico-istituzionale dell'intervento. Infine nel corso della specifica missione di formulazione predisposta dalla DGCS e svoltasi nel maggio del 2010 il team di esperti ha finalizzato la formulazione del quadro generale oltre all'analisi di elementi puntuali per l'elaborazione della proposta di finanziamento in oggetto.

## **2. PRESENTAZIONE DELL'INIZIATIVA**

Alla luce di quanto sopra, e nel quadro dell'adesione dell'Italia come del Perù all'agenda efficace dell'aiuto, il presente intervento ha la finalità di creare un meccanismo *ad hoc* che consenta il sostegno nella definizione di politiche pubbliche nel settore salute in linea con le priorità nazionali indicate dal MINSa. Tale meccanismo consentirà, in pieno e costante coordinamento con le controparti locali, la fornitura di assistenza tecnica specializzata in

ambito sanitario alla Direzione Nazionale di Cooperazione Internazionale del Ministero di Salute del Perù, contribuendo alla identificazione e attuazione di programmi specifici relativamente all'assistenza primaria, all'estensione della copertura assicurativa sanitaria, alla formazione del personale settoriale ed al rafforzamento istituzionale.

La proposta si propone, come sottolineato, di capitalizzare l'esperienza maturata dall'Italia nel settore sanitario e replicare e/o modellizzare, ove possibile, le *best practise* sviluppate nel corso degli ultimi anni nel supporto al sistema sociosanitario peruviano attraverso il sostegno italiano al Piano Binazionale di Pace Perù Ecuador. In quest'ottica, l'iniziativa trova nel rafforzamento delle *ownership* locali il proprio elemento fondativo, dando pertanto impulso alle sinergie promosse dalle Dichiarazioni di Parigi e dell'agenda di Accra, innescando un tangibile vantaggio comparativo sul piano gestionale e su quello del *policy dialogue*.

Attraverso la prevista assistenza tecnica, i cui termini di riferimento sono indicati a seguire in questo documento, si procederà alla elaborazione di specifiche analisi di fattibilità per tutti gli interventi specifici dettagliati a continuazione, da implementare mediante le risorse finanziarie messe a disposizione dal Ministero di Salute del Perù. Come anticipato i settori specifici di intervento ritenuti prioritari di concerto con la controparte sono:

1. *Estensione copertura assicurativa sanitaria*
2. *Formazione Personale Settoriale*
3. *Livello primario di attenzione alla salute*
4. *Salute Familiare*

E' stato infine individuato un'ulteriore dimensione trasversale a tutta l'iniziativa afferente al sostegno ed al rafforzamento del Foro Interdonatori Settoriale che la Direzione di Cooperazione Internazionale del MINSA sta avviando. Tale componente oltre ad avere una natura eminentemente *cross-cutting* per la molteplicità dei settori specifici trattabili, trova la sua *ratio* nell'implementazione dell'agenda efficace dell'aiuto, e in particolare nei principi di armonizzazione ed allineamento degli interventi italiani. Dal punto di vista tecnico, è stata altresì analizzata la necessità di fornire il proprio sostegno al Foro in considerazione dell'esperienza maturata nel corso del 2009 relativamente alle difficoltà da parte del MINSA di sistematizzare ed operativizzare i feedback forniti dai donatori alla luce degli incontri del marzo 2009 di cui all'introduzione.

Dal punto di vista operativo, l'intervento si articolerà con l'istituzione di un fondo esperti, attraverso il quale sarà erogata l'assistenza tecnica specializzata, ed un fondo di gestione in loco presso l'Ambasciata d'Italia in Lima, il quale sarà indispensabile per assicurare il corretto coordinamento e gestione all'iniziativa. Si prevede l'invio di esperti nei quattro settori di cui sopra, relativamente ad indicatori di processo quali valutazione progettuale per risultati ed impatti e coordinamento con iniziative di cooperazione decentrata ed universitaria per un totale di 24 mesi uomo lungo i dodici mesi dell'iniziativa.

Per quanto attiene il fondo di gestione in loco, oltre alle ordinarie spese di funzionamento della struttura organizzativa in Lima, è previsto innanzitutto il reclutamento di un coordinatore locale lungo l'intero arco dell'iniziativa. Questi avrà il compito di assicurare il coordinamento tecnico interistituzionale dell'iniziativa nonché assistere l'Ambasciata in Lima nella gestione logistico - amministrativa del progetto. Il ricorso a tale figura è resa

indispensabile in considerazione della struttura dell'intervento medesimo al fine di poter assicurare l'adeguato livello di coordinamento fra l'assistenza tecnica specializzata erogata dalla DGCS e il locale Ministero di Salute. E' previsto altresì il ricorso ad un consulente locale per la componente di comunicazione e disseminazione. Questa figura avrà il duplice ruolo di assistere assieme agli esperti DGCS la Direzione Nazionale di Cooperazione Internazionale del MINSA nella formulazione, definizione ed esecuzione di campagne di comunicazione, informazione e sensibilizzazione, così come assicurare il corretto grado di visibilità dell'iniziativa italiana.

### **3. ORIGINI, QUADRO GENERALE E CONTESTO DELL'INTERVENTO**

#### **3.1 Contesto Paese**

La Repubblica del Perù è situata nella parte centro-occidentale dell'America del Sud, occupando un'importante posizione strategica, sia dal punto di vista economico – commerciale, sia dal punto di vista politico. Il territorio è attraversato, da nord a sud, dalla Cordigliera delle Ande, che si divide in catene parallele, con cime elevate e coni vulcanici. Il clima sulla costa è arido e fresco, freddo in montagna, mentre la pianura interna presenta un clima equatoriale. La popolazione del Perù conta 27.562.000 di abitanti (Undp, 2006), distribuiti in modo disomogeneo su una superficie di 1.285.216 Km<sup>2</sup>. Il tasso di crescita annuale della popolazione (2000 – 2005) è stato pari all'1,5%, contro l'1,8% registrato nel periodo 1994-1999. La migrazione verso le aree urbane è intensa, ed è continuata per tutto il periodo 2000-2005, con un tasso annuale di crescita della popolazione urbana pari all'1.99% (contro il dato di 0.11% della popolazione rurale). Nel 2004 il 74% della popolazione abitava in città, mentre il 26% risiedeva in campagna. Le maggiori concentrazioni si trovano oggi nelle principali città costiere, tra cui la capitale Lima, con oltre 8 milioni di abitanti.

Nel rapporto sullo Sviluppo Umano 2007 dell'Undp, il Perù risulta classificato all'87° posto; nel corso degli ultimi anni, il tasso di mortalità infantile ha subito una notevole riduzione, attestandosi al 33% (Undp, 2007). Inoltre, è aumentata l'aspettativa di vita alla nascita, che ha raggiunto livelli molto migliori rispetto al recente passato (nelle donne, 72,4 anni, e 67,3 anni negli uomini). Il tasso di mortalità materna è ancora elevato, anche se in diminuzione (190 donne morte ogni 100.000 bambini nati vivi – Undp, 2007). La crescita dei livelli di aspettativa di vita, e la concomitante riduzione di tassi di natalità, stanno causando un processo di progressivo invecchiamento della popolazione peruviana. Ciononostante, la percentuale di popolazione giovane è ancora elevata: nel 2005, il 32% degli abitanti aveva meno di 15 anni, mentre solo il 15% superava i 60 anni di età. Il tasso stimato di analfabetismo degli adulti, nel periodo 2000-2004, era ancora notevole, raggiungendo il 28.4%. Nonostante una percentuale netta di iscrizione alla scuola primaria prossimo alla quota di 100%, solo l'86% dei bambini raggiunge il 5° grado di istruzione, mentre, nella scuola secondaria, il tasso di immatricolazione scende ulteriormente al 66%. Ciò viene attribuito alla scarsa qualità complessiva del servizio di educazione impartita, ed all'ampia diffusione dell'abbandono scolastico da parte di bambini ed adolescenti, spesso costretti a lavorare per far fronte alle difficoltà economiche familiari. Persiste una discriminazione nei confronti del genere femminile, che si evidenzia soprattutto a partire dalla scuola secondaria. Il tasso stimato di analfabetismo adulto femminile è più che doppio rispetto a quello maschile (19,7%,

contro 8,7% nel 2002), e sono ancora poche le donne che svolgono occupazioni non agricole, rispetto al totale della popolazione non impiegata in agricoltura (37,2% nel 2003). Tutto ciò si ripercuote negativamente sulle opportunità occupazionali: nel 2001, la disoccupazione giovanile femminile era pari al 13,9%, mentre quella maschile raggiungeva il 12,6%. Nonostante i miglioramenti economici degli ultimi anni, in Perù la povertà economica è ancora diffusa, fenomeno strutturale, esteso a tutto il Paese. Nel 2004, il reddito pro capite ammontava a 2.360 dollari (*World Bank*, 2005). Nel 2002 il 54,3% della popolazione si trovava in condizione di povertà, mentre il 23,9% era in una situazione di povertà estrema, con forti differenze tuttavia tra zone rurali ed urbane: le peggiori condizioni di povertà coinvolgevano le donne capofamiglia delle zone rurali, il 46,3% delle quali si trovava in condizioni di povertà estrema. L'economia peruviana è cresciuta più del 4% l'anno nel periodo 2002-2005 mentre gli investimenti privati sono aumentati del 9,4%. Nel 2005 la crescita economica ha raggiunto il livello del 6%. Nonostante l'aumento dei prezzi del combustibile, l'inflazione è rimasta bassa, raggiungendo, nel novembre 2005, un valore pari all'1,1%. L'aumento delle esportazioni ha causato un incremento del surplus della bilancia commerciale, mentre il debito pubblico è pari al 38,7% del PIL (settembre 2005). Nonostante i positivi trend registrati, il Paese deve ancora risolvere diversi problemi che, se trascurati, possono ostacolare lo sviluppo economico e sociale:

Sistema politico: gli scandali del passato hanno generato una diffusa sfiducia nei confronti delle istituzioni che, danneggiando anche l'immagine internazionale dei governanti, potrebbe disincentivare gli investimenti esteri diretti. Il governo è ancora a struttura molto centralizzata, nonostante il processo di decentralizzazione avviato alla fine del 2002, e le autorità regionali e municipali hanno tuttora pochi poteri.

Sistema sociale: la povertà urbana e rurale sono ancora molto diffuse, insieme ad ulteriori problemi come la disoccupazione, l'ambiguità mantenuta verso i produttori di coca, l'insufficiente ordine pubblico garantito, ecc.; inoltre, le persistenti carenze del sistema educativo e sanitario ostacolano l'utilizzo dell'abbondante capitale umano presente all'interno del Paese.

Infrastrutture: la rete infrastrutturale appare inadeguata: nonostante la spesa pubblica abbia migliorato le condizioni della rete viaria e dei collegamenti aerei internazionali, permangono seri problemi inerenti le infrastrutture sanitarie ed i collegamenti aerei e stradali interni. Questa situazione ostacola il commercio e gli investimenti.

Settore primario: nonostante l'importanza rivestita per l'economia nazionale (si coltivano diverse colture commerciali destinate alla esportazione, come cotone, canna da zucchero, riso e frutta), le potenzialità e le risorse esistenti non sono adeguatamente sfruttate per mancanza di capitali e tecnologie. Le abbondanti risorse forestali potrebbero rappresentare un forte fattore di sviluppo, come pure il settore minerario, e divenire trainanti per l'economia del Paese, per ora sfruttati solo parzialmente in quanto si è favorita l'esportazione di materie prime grezze e non lavorate, prevenendo in tal modo la specializzazione in prodotti di maggiore valore aggiunto.

Settore industriale: il fenomeno di de-industrializzazione verificatosi negli ultimi venti anni (INEI, vari anni) nel Paese, causato in particolare dalla crisi internazionale delle industrie tessile, alimentare e peschiera, non ha ricevuto risposte adeguate da parte del settore pubblico

né di quello privato, che avrebbero dovuto investire in tecnologie e capitale umano per cercare di favorire lo sviluppo dei settori a maggior valore aggiunto. Tutto questo ha generato una forte e diretta dipendenza dell'economia dai minerali, dai metalli e da altri prodotti primari, sottoponendola alle fluttuazioni dei prezzi mondiali, ed a mutevoli condizioni climatiche.

Economia informale: l'economia sommersa è ancora molto diffusa ed il suo valore complessivo viene stimato intorno al 60% di quella ufficiale (MAE-ICE, Perù, 2004).

### ***3.2 Quadro Settoriale***

Negli ultimi anni il Perù ha registrato dei tangibili seppur ancora insufficienti miglioramenti relativamente ai livelli socio-sanitari. Negli ultimi dieci anni le politiche socio sanitarie di assistenza pre-natale ed al parto hanno permesso di raggiungere importanti risultati, come la riduzione di circa il 50% del tasso di mortalità infantile. Si è passati, infatti dai 59 morti ogni 1000 nati vivi del 1996 ai 29 su 1000 del 2006. Irrisolto è ancora il tema della denutrizione cronica, il cui tasso percentuale è rimasto, negli ultimi 10 anni, pressoché invariato (intorno al 25%), raggiungendo picchi del 49% (Huancavelica, il caso più allarmante). Di particolare attenzione è la questione sanitaria legata alle tematiche di genere: nonostante le donne abbiamo anche in Perù un'aspettativa di vita superiore, questo non significa che le condizioni di salute siano migliori. La disegualianza di genere rispetto al tema della salute è relazionata alle malattie e morti evitabili, alla differente assistenza sanitaria dedicata a bambini e bambine, all'accesso ai servizi sanitari ed anche, e soprattutto, alle problematiche che contribuiscono specificamente alla mortalità femminile (gravidanza, parto e post parto). A quest'ultimo proposito è importante sottolineare come, nel 2000, il tasso di mortalità materna (TMM) era di 185 per ogni 100 mila nati vivi, uno dei più alti in tutto il Latinoamerica.

#### *Analisi di morbilità*

Malattie prevenibili con vaccini: dall'ultima epidemia nel 1992, non si registrarono morti per morbillo; dei 5.256 casi sospetti di morbillo – rosolia del sistema di sorveglianza integrata nel 2000, si è confermato un caso di morbillo. Nel 2005 si sono registrati 10 casi di tetano neonatale, contro i 94 casi nel 1995. Si registrarono 41 casi sospetti (7 confermati; 4 morti) di febbre gialla e 1.148 casi confermati di epatite B nel 2000. Dal 1990 la copertura vaccinale si è mantenuta superiore al 90%.

Malattie intestinali infettive: Nel 2003 la prevalenza di diarrea in minori di 5 anni è stata del 15,4%, contro un 17,9% nel 1992 e 31,9% nel 1986; il 68% ha ricevuto una terapia di reidratazione orale. Il colera ha continuato la sua tendenza discendente dal 1998, anno nella quale si riportarono 42.000 casi sospetti durante il fenomeno El Niño (mortalità 0,09%), giungendo a 934 casi nel 2005. Aids/HIV: fino al 2005 si erano accumulati 11.310 casi di Aids (1.189 nel 1996); il rapporto uomo:donna è passato da 11:1 nel 1990 a 3:1 nel 2000. Nelle serie storiche, il 96% è stata per trasmissione sessuale; il 70% in adulti giovani (20-39 anni). Nel 1999 si è stimato in 76.000 il numero di persone con infezione per VIH (18.000 donne). La seria prevalenza di VIH in lavoratori sessuali è salita da un 1% nel 1994 a un 2% nel 2003; in uomini che fanno sesso con altri uomini di un 11% nel 2000; in gestanti un 0,3% nel 1999. Infezioni di trasmissioni sessuali: nel 2000 si sono registrati 629 casi di sifilide congenita in tutto il paese; 266 nel 1999. La prevalenza della sifilide in banche di sangue del Ministero di salute è stata dell' 1,0% nel 2000.

Malattie trasmesse per vettori: La popolazione di aree a rischio di trasmissione della malaria si stima in 2,5 milioni; l'indice parassitario annuale è stato di 2,7 per mille nel 2005 (10,0 nel 1998). La proporzione di malaria a causa di *P. falciparum* è cresciuta dal 19,7% nel 1995 al 30,2% nel 2000 (40,6 % nel 1999). La popolazione di aree a rischio di trasmissione di dengue si stima in 3,4 milioni; l'incidenza cumulativa è stata di 21,7 casi per 100 mila nel 2000, confermando la circolazione dei 4 sierotipi. Il 2001 è stato l'anno epidemico con 23.454 casi nelle prime 26 settimane, includendo i primi casi di dengue emorragico nel paese (206 casi; 3 defunti). Si stima in 600 mila la popolazione di aree di rischio di trasmissione di malattie di Chagas. Nel 2005 sono stati segnalati 9.588 casi cutanei e 863 di leishmaniosi muco cutanea.

Malattie croniche trasmissibili: Dal 1992 la incidenza di tubercolosi ha mostrato un declino, giungendo a 155 per 100 mila nel 2003 (133 polmonari; 88 con bacilloscopia positiva). La proporzione di infezione VIH/TBC è stata dell' 1,3% ed il tasso di co-infezione del 2,2 per 100 mila. Il rischio annuale di infezione da tubercolosi in bambini di 5-6 anni è sceso da 2,0-2,5% a 0,9% tra l'inizio degli anni 90 ed il 1997-98. La resistenza primaria alle medicine antitubercolotiche è stata del 17,8%, e la multifarmacoresistenza primaria del 3,0% (acquisita: 13,5 e 12,3%, rispettivamente) nel 1999. In questo anno, ci sono stati 180 casi di lebbra sotto trattamento, e 7 casi incidente, tutti con 15 o più anni di età, con grado 2 di disabilità, proveniente dalla selva del paese.

#### *Analisi Istituzionale Settoriale*

A fronte di tale quadro, il Perù nel corso degli ultimi 10 anni ha implementato una Politica di Salute settoriale definita lungo 5 componenti: i.) accesso universale a servizi di salute pubblica e assistenza individuale; ii.) modernizzazione del settore; iii.) ristrutturazione delle funzioni di finanziamento, prestazione e fiscalizzazione; iv.) prevenzione e controllo dei problemi prioritari di salute; v.) promozione delle condizioni e stili di vita salutari.

Il programma di salute di base per tutti ha promosso l'offerta di pacchetti di assistenza basica per bambini, adolescenti, donne in età fertile e popolazioni adulte, definiti dal Ministero di Salute (MINSa) dal 1994. Il Progetto di Rafforzamento dei Servizi di Salute ha rinforzato l'infrastruttura ed i sistemi operativi legati alla prestazione dei servizi del MINSa. Dal 1997, l'Assicurazione di Salute Scolastica ha fornito copertura in forma integrale agli alunni di scuole pubbliche e, dal 1998, l'Assicurazione di Salute Materno-Infantile, a gestanti e bambini fino ai due anni. La separazione delle funzioni mediante accordi di gestione partecipativa si è ristretta al modello del Comitato Locale di Amministrazione di Salute, estesa al 20% dei centri di salute. Si è data enfasi alla decentralizzazione dell'assistenza di base ed al recupero della capacità risolutiva di primo livello, specialmente negli ambiti geografici di maggior povertà. La copertura istituzionale di assistenza a persone con sintomi di malattia o infortunio incrementata dal 32,2% del 1994 al 43,5% del 1997 e 49,3% nel 2005.

Relativamente all'organizzazione istituzionale, il settore pubblico comprende MINSa, l'assicurazione sociale (EsSalud) ed il sistema di salute delle forze armate e della polizia nazionale, le quali usufruiscono di una gestione separata; concentra il 51% degli ospedali, il 69% di centri e il 99% di posti di salute. Esistono vari sottosistemi con scarso coordinamento funzionale. La copertura dell'assicurazione sociale si è ridotta dal 40,7% della PEA nel 1987 al 23,4% nel 1995. Nel 2000 il 32,2% della popolazione con malattie o infortuni non ha avuto accesso ai servizi di salute. Dal 1997, si è flessibilizzato il monopolio pubblico nel fornire

l'assistenza medica ad assicurati di EsSalud, permettendo libertà di affiliazione a fornitori privati (Entità Prestatrici di Servizi di Salute) per assistenza di "strato semplice" o bassa complessità.

### **3.3 Le Aree di Intervento Specifiche**

#### **3.3.1 Il Programma Aseguramiento Universal e Implementación Inmediata**

Il 9 aprile 2009 è stata promulgata la Legge 29344 o Legge Quadro di Assicurazione Sanitaria Universale (AUS nell'acronimo in lingua spagnola), essendo questo uno degli eventi più importanti per la sanità pubblica delle ultime decadi. Per la prima volta lo Stato Peruviano riconosce esplicitamente il diritto all'assistenza sanitaria di qualità ed in forma opportuna. I due obiettivi definiti dal AUS sono: garantire il diritto di assistenza sanitaria a tutta la popolazione, in termini di accesso, opportunità, qualità e finanziamento (contratto sociale); proteggere le famiglie dai rischi di impoverimento associato a eventi di malattia; mantenere e migliorare i risultati sanitari e contribuire ad elevare la produttività del capitale umano, sulla base del Piano Essenziale di Assicurazione Sanitaria (PEAS). Tutti i beneficiari dell'Assicurazione Universale saranno coperti dal Piano Essenziale di Assicurazione Sanitaria (PEAS). Questo piano consiste in una lista prioritaria di condizioni assicurabili e interventi che, come minimo, siano garantiti a tutti gli assicurati dalle istituzioni amministratrici dei fondi di assicurazione sanitaria, siano queste pubbliche, private o miste.

L'AUS si è dotato nel 2009 del quadro giuridico per eseguire le proprie azioni sul territorio nazionale. Così, il 9 aprile è stata approvata la Legge N° 29344, Legge di Assicurazione Sanitaria Universale, annunciata dal Presidente della Repubblica, Dr. Alan García Pérez; il 13 giugno è stato emesso il Decreto Supremo 011-2009 che approvava la formazione del Comitato Tecnico Implementatore Nazionale (CTIN), organo collegiale di gestione dell'AUS a livello nazionale; il 29 novembre è stato promulgato il Decreto Supremo N° 019-2009-SA che approvava il Piano Essenziale di Assicurazione Sanitaria; il 19 dicembre è stata pubblicata la Risoluzione Ministeriale N° 839-2009/MINSA ufficializzando l'inizio del processo AUS nelle zone selezionate dal MINSA. Per ultimo, nel febbraio 2010 è stato elaborato il Regolamento attuativo della Legge N° 29344, che sarà promulgato in pochi giorni, conferente il quadro normativo per il funzionamento degli agenti dell'AUS.

Nel 2009 è iniziato il processo di assicurazione sanitaria universale, mediante l'implementazione del Piano Essenziale di Assicurazione Sanitaria (PEAS). Si sono definite le istanze esecutrici che includono tutti i sub-settori a livello nazionale e regionale. Attualmente sono state incluse tre regioni in maniera completa: Ayacucho, Huancavelica e Apurímac, regioni le quali registrano gli indicatori più bassi del Paese, e nove regioni in maniera parziale: Piura, Lambayeque, La Libertad, San Martín, Junín, Cusco, Callao, Loreto e Amazonas. In totale sono stati inclusi nello schema AUS 2.239.766 assicurati attraverso il sistema finanziato dallo Stato Peruviano. Nelle aree dell'AUS è notevolmente incrementata l'offerta di risorse professionali: nel 2009 si sono offerti 611 nuovi posti per medici, 1.291 infermiere, 705 ostetriche, fattore che ha contribuito a ridurre il divario di tali risorse rispettivamente al 65%, 30% e 22%. In queste aree il Governo Peruviano ha investito 175 Milioni di Soles per la sostituzione o la manutenzione delle apparecchiature biomedicali. Con questo supporto la produzione di servizi è aumentata, soprattutto nelle tre regioni del Sud del Paese (Ayacucho, Huancavelica, Apurímac), dove il numero di assicurati è salito a circa l'80% e l'assistenza è aumentata del 30% rispetto al valore stagionale. È stato implementato un programma di sostegno con specialisti, che non esisteva in tali aree. Per ciò che concerne l'assistenza tecnica alle regioni per l'inizio dell'AUS, sono stati istituiti tre *team* di assistenza

tecnica alle regioni di Ayacucho, Apurímac e Huancavelica. Ciascun *team* è formato da un rappresentante di ogni Direzione Generale del MINSA. In questo senso, si stanno migliorando le competenze del personale nei processi di assistenza sanitaria. Nei dipartimenti di Huancavelica, Ayacucho e Apurímac, attraverso l'EUROPAN e secondo Accordi di Gestione con le rispettive DIRESAS, si sono stabiliti indicatori e traguardi da raggiungere in 13 mesi che, se rispettati, garantiranno l'assegnazione di ulteriori risorse per colmare il restante divario da parte di EUROPAN. Per il 2010 si prefigge come risultato il consolidamento dell'AUS nelle dodici regioni e l'estensione territoriale dell'AUS alla regione di Lima. Allo stesso tempo, si prevede la crescita degli schemi contributivo e semi-contributivo in tutte le regioni del Paese. L'obiettivo finale del processo di implementazione del Piano Pilota di Assicurazione Sanitaria Universale in Huancavelica, è coprire l'87% della popolazione della regione, dal momento che alla data solo il 13% si trova in regime di assicurazione sociale. Si prevede che almeno tutta la popolazione al di sotto della soglia di povertà possa essere inclusa nel Programma entro la fine del 2011 anche se, quasi certamente, si avrà bisogno di ulteriore tempo per le altre fasce di popolazione che saranno incluse nel piano di assicurazione sanitaria mediante i meccanismi contributivi; allo stesso tempo, si tratterà di uno sforzo di progressiva applicazione, considerando che esiste un deficit di investimento in infrastrutture e attrezzature il cui valore è stimato sugli otto mila milioni di Soles. Il Ministero di Sanità si è impegnato a costruire 31 strutture sanitarie e l'Assicurazione Sociale altre 16, così, nel 2011, si disporrà di 47 nuove strutture ospedaliere per rafforzare l'assicurazione sanitaria. L'Assicurazione Integrale di Salute (SIS nell'acronimo in lingua spagnola) è una componente dell'assicurazione universale che sarà ancor più rafforzata in questo processo, attraverso maggiori finanziamenti. Un totale di 159 comunità native della zona delle valli dei fiumi Apurímac e Ene (VRAE) potranno accedere ad un'assistenza sanitaria opportuna e di qualità, grazie all'approvazione della legge quadro di Assicurazione Universale e alla firma dell'Accordo di cooperazione istituzionale tra il Ministero della Difesa e l'Anagrafe Nazionale di Stato Civile (RENIEC nell'acronimo in lingua spagnola).

### ***3.3.2 Rafforzamento del primo livello di attenzione sanitaria***

La strategia del rafforzamento del primo livello di assistenza è fondamentale per la riduzione della mortalità materno - infantile e della denutrizione. In questo senso sarà fondamentale disporre di un piano di sviluppo delle risorse umane e di un piano di gestione degli investimenti, delle infrastrutture e degli equipaggiamenti sanitari, la cui esecuzione richiederà risorse e la cui formulazione richiederà una chiara volontà della classe politica. Nel febbraio 2010 è stato effettuato il Lancio del Diploma di Laurea in Assistenza Sanitaria Integrale con Specializzazione in Salute Familiare, teso a rafforzare il primo livello di assistenza attraverso la formazione di personale specializzato in Salute Familiare e Comunitaria, con maggior efficacia, standard più elevati di soddisfazione dell'utente e una chiara ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse. Il sistema di diplomi, inizialmente sviluppati nell'area urbana di Lima, nella regioni di Lima, Callao e Ayacucho, hanno significato la prima fase del Programma di Formazione in Salute Familiare per Personale Sanitario Basico (Medico, Infermiera, Ostetrica, e Tecnico Sanitario) e sono un prodotto del lavoro delle Direzioni Generali di Gestione dello Sviluppo della Risorse Umane, Salute delle Persone e Promozione della Salute del Ministero di Sanità, così come dell'Università Nazionale Mayor di San

Marcos e dell'Università Peruana Cayetano Heredia, dei colleghi professionali e delle Associazioni Peruviane delle Facoltà di Medicina, Infermeria e Ostetricia, avvalendosi del supporto tecnico dell'Organizzazione Panamericana della Salute. Tale processo rappresenta la prima fase del Programma di Formazione in Salute Familiare per Personale Sanitario Basico (Medico, Infermiera, Ostetrica e Tecnico Sanitario) ed è il risultato del lavoro del Comitato Settoriale nominato dalla Risoluzione Ministeriale 589-2009/MINSA. L'obiettivo è disporre di Personale di Base di Salute Familiare nel primo livello di assistenza, per trasformare il servizio in una struttura sanitaria dove si implementi e convalidi il "Modello di Assistenza Integrale con specializzazione in Salute Familiare" nelle strutture pilota, nelle quali si svilupperà l'Educazione permanente in Salute Familiare. I Corsi di Diploma sono iniziati nel dicembre 2009 e gennaio 2010 nella DIRESA LIMA, DIRESA CALLAO, DISA Lima città, DISA Lima Est, DISA Lima Sud e DIRESA Ayacucho con un totale di 150 partecipanti, tutti facenti parte della categoria personale basico di salute, integranti delle direzioni delle micro - reti delle DIRESAS e DISAS menzionate. Prossimamente si darà inizio ai corsi in altre zone stabilite dell'Assicurazione Sanitaria Universale.

### **3.3.3 Salute Familiare**

La promozione della salute e la prevenzione delle malattie implicano il lavoro con le famiglie, la comunità ed il livello locale. Il 3 giugno del 2008, il Ministero di Sanità ha creato la Strategia Nazionale "Medico di Famiglia", quale prima strategia per il rafforzamento del primo livello di assistenza sanitaria, con l'obiettivo di contribuire al rafforzamento dell'offerta di servizi sanitari, attraverso l'insieme di azioni che sviluppano i professionisti specializzati in Medicina Familiare, per *i*) implementare l'assistenza sanitaria integrale, con enfasi sulla prevenzione e promozione della salute, *ii*) rafforzare le capacità dei professionisti sanitari del primo livello di assistenza, con l'obiettivo di estendere la copertura con equità e qualità e *iii*) offrire assistenza sanitaria integrale alla popolazione più povera relativamente a questo livello di assistenza. La Direzione Generale di Gestione dello Sviluppo delle Risorse Umane, sta lavorando sul Programma Nazionale di Medicina Familiare del Settore Sanitario quale strategia chiave per il rafforzamento del primo livello di assistenza attraverso l'Assistenza Sanitaria Primaria ed il supporto alla costruzione del Sistema Sanitario Nazionale, con l'obiettivo di migliorare l'accesso della popolazione ai servizi sanitari con equità e qualità, migliorando la capacità risolutiva che renda possibile l'assicurazione universale, il rispetto degli obiettivi fissati e l'implementazione dell'assistenza sanitaria integrale. Sono obiettivi del Programma la dotazione di professionisti nelle zone più povere del Paese ed il rafforzamento delle competenze delle risorse umane del primo livello di assistenza per contribuire all'estensione della copertura con equità. Il Programma prevede una progressiva implementazione negli ambiti prioritari, iniziando in sette distretti di 6 regioni (Junín, Huanuco, Huancavelica, Ayacucho, Ica e Piura), comprendendo 33 centri sanitari di primo livello di assistenza. Il Programma punta a generare uno spazio di articolazione settoriale che promuova e coordini lo sviluppo della Medicina Familiare nel primo livello di assistenza, incorporando in tale sforzo i tre livelli governativi: nazionale, regionale e locale, oltre ai diversi attori istituzionali e sociali del settore, ivi inclusi quanti prestano servizi e quanti formano le risorse umane nel settore sanitario, in maniera particolare in Medicina Umana,

quale strategia chiave per il rafforzamento del primo livello di assistenza e supporto essenziale alla costruzione del Sistema Sanitario Nazionale.

### **3.4 La Cooperazione Italiana in Perù**

La Cooperazione Italiana in Perù venne avviata formalmente nel 1981, con la firma dell'*Accordo di cooperazione tecnica* fra il Governo italiano e quello peruviano, accordo che prevedeva una serie di programmi di sostegno alle politiche di riduzione della povertà. Successivamente tale accordo venne poi integrato ed esteso dall'Accordo Quadro di Cooperazione Economica, Industriale, Scientifica, Tecnologia, Tecnica e Culturale che fu firmato il 25 ottobre del 1991 fra i due governi. I settori storicamente privilegiati dagli interventi italiani nel Paese sono stati quello sanitario, ambientale, socio-infrastrutturale, l'emergenza e ricostruzione.

Tra le varie iniziative sicuramente è indispensabile sottolineare i risultati ottenuti dal Fondo Italo-Peruviano. Benché l'iniziativa di riconversione del debito estero del Perù non sia direttamente annoverabile fra i progetti DGCS, il meccanismo di implementazione che si è andato definendo ha fatto sì che le attività del Fondo di Controvalore costituiscano il caposaldo della Cooperazione Italiana in Perù. Il Primo Accordo ha permesso la riconversione del debito estero peruviano in progetti di sviluppo, per un ammontare di 116 milioni di dollari più i relativi interessi. Il secondo accordo, siglato nel 2007, e attualmente in piena fase d'implementazione, permetterà la riconversione per circa 73 milioni di dollari. Le priorità assegnate negli ultimi anni hanno cercato di rispondere alle congiunture locali e alle azioni di Governo (raccomandazioni della Commissione della Verità e Riconciliazione) privilegiando anche le entità municipali e regionali. Il nuovo Accordo prevede la riduzione del numero delle regioni beneficiarie (da 12 a 7) e l'apertura alle Università italiane e peruviane quali istituzioni ammesse a partecipare al concorso (oltre alle Ong italiane e peruviane e agli enti di governo centrale, regionale e municipale peruviani). I settori di intervento attualmente annoverano lo sviluppo comunitario; protezione ambientale e sviluppo sostenibile; interventi infrastrutturali; sviluppo economico-produttivo; studi di fattibilità, formazione e assistenza tecnica. Di particolare rilievo è stata l'implementazione della componente di equità di genere come componente trasversale a tutti gli interventi finanziati dal Fondo.

Le Ong italiane, presenti in quasi tutti i dipartimenti del Paese, rappresentano attori strategici nel quadro della Cooperazione Italiana in Perù, soprattutto per il loro stretto rapporto con la società civile. In Perù, si è inoltre sviluppato un foro di coordinamento delle Ong Italiane, il COIPE, il quale sta sviluppando un approccio settoriale di programma, anziché meramente progettuale, ai propri interventi. In questo quadro, è nato il primo documento programmatico del COIPE, ideato e formulato nel 2008 e finalizzato all'inizio del 2009, che attraverso l'identificazione di quattro aree settoriali, analizza problemi e prospettive della cooperazione internazionale nel paese. Il dinamismo delle Ong Italiane in loco e la fitta collaborazione fra DGCS e Ong in Perù risulta altresì evidente anche da un punto di vista quantitativo, dal numero di progetti complessivi in esecuzione, 45 al 31 dicembre 2009.

#### **4. DOCUMENTAZIONE: ANALISI E BASE CONOSCITIVA**

- Bovaird, T. (2007), "Beyond Engagement and Participation: User and Community Coproduction of Public Services", in *Public Administration Review*, September – October.
- Bryson, J.M. (2004), "What to do when stakeholders matter: stakeholder identification and analysis techniques" in *Public Management Review*, vol.6(1), 21-53.
- Bryson, J.M. (2005), *Strategic planning for public and nonprofit organizations: a guide to strengthening and sustaining organizational achievement*, Jossey Bass.
- Clarkson, M. (1994), "A risk based model of stakeholder theory" in *Proceedings of the Second Toronto Conference on Stakeholder Theory.*, Toronto: Centre for Corporate Social Performance & Ethics, University of Toronto.
- Directorate-General for International Cooperation - Dutch Ministry of Foreign Affairs (2003), *Mutual Interests, Mutual Responsibilities, Dutch Development Cooperation en Route to 2015*.
- Freeman, R. (1984), *Strategic management: A stakeholder approach*, Boston, Pitman.
- Galbraith, J. R. (1973), *Designing Complex Organizations*, Reading: Addison-Wesley Publishing.
- Levin, V. e Dollar D. (2005), *The Forgotten States: Aid Volumes and Volatility in Difficult Partnership Countries (1992-2002)*, Paper for DAC Learning and Advisory Process on Difficult Partnerships.
- March, J.G., Olsen, J.P. (1992), *Riscoprire le istituzioni: le basi organizzative della politica*, Bologna, il Mulino.
- Metcalfe, L. (1981), "Designing Precarious Partnerships" in *Handbook of Organizational Design*, Paul C. Nystrom e William H. Starbuck (a cura di), Oxford University Press, Vol. 1, 503-530.
- Ministero della Salute del Perù, *Risoluzione Ministeriale N° 839-2009/MINSA*
- Ministero della Salute del Perù, *Risoluzione Ministeriale N° 589-2009/MINSA*.
- Ministero della Salute del Perù, *Risoluzione Ministeriale N° 377-2008/MINSA*
- Missoni E., Lapenta A., Piccinni A., Ricciuti E. (2009), "Rapporto di valutazione del "Programma di cooperazione sociosanitaria a sostegno del Piano Binazionale di pace Ecuador-Perù - AID 6757".
- Mitchell, K., Agle, B., Wood, D. (1997), "Toward a theory of Stakeholder identification and salience: defining the principle of who and what really counts" in *Academy of Management Review* 22(4) 853-886.
- Nutt, P. (2002), *Why Decisions Fail: Avoiding the Blunders and Traps That Lead to Debacles*, San Francisco, Berrett-Koehler Publishers Inc.
- Repubblica del Perù (1993) *Costituzione Politica della Repubblica del Perù*;
- Repubblica del Perù (1997), *Legge Quadro di Salute, Legge N.° 26842 – integrata successivamente dalla Legge N.° 27604*
- Repubblica del Perù (200) *Decreto per la creazione del Comitato Tecnico Implementatore Nazionale (CTIN), Decreto Supremo 011-2009*
- Repubblica del Perù (2002) *Legge del Ministero di Salute, Legge N.° 27657*
- Repubblica del Perù (2002) *Regolamento Attuativa della Legge N.° 27657; Decreto Supremo N.° 013-2002-SA*.

*Repubblica del Perù (2002) Regolamento, Organizzazione e Funzioni del Ministero di Salute;  
Decreto Supremo .N° 014-2002-SA, modificato successivamente dal Decreto Supremo  
N.° 011-2005-SA*

*Repubblica del Perù (2009); Decreto per l'implementazione del Piano Essenziale per la  
Copertura Sanitaria; Decreto Supremo N° 019-2009-SA*

*Repubblica del Perù; Legge Quadro sulla Copertura Sanitaria Universale, Legge N° 29344  
Thompson, J. D. (1967), Organizations in Action, New York: McGraw Hill.*

## 5. DESCRIZIONE DELL'INIZIATIVA E STRATEGIA DI INTERVENTO

### 5.1 Quadro Logico

L'iniziativa è di seguito descritta attraverso il seguente QL.

	<b>Logica d'intervento</b>	<b>Indicatori Oggettivamente Verificabili</b>	<i>Fonti di Verifica</i>	<i>Assumptions</i>
<b>Obiettivi Generali</b>	Sostenere il Ministero di Salute del Perù nella definizione ed implementazione di politiche pubbliche di salute in linea con le priorità d'intervento nazionali			Si mantengono le condizioni di stabilità politico economica dei paesi
<b>Obiettivo Specifico</b>	Contribuire alla identificazione e attuazione di programmi specifici relativamente all'assistenza primaria, all'estensione della copertura assicurativa sanitaria, alla formazione del personale settoriale ed alla salute familiare	N. programmi identificati  N. programmi verificati come attuabili	Documenti di programmazione nazionali delle controparti istituzionali  Accordi istituzionali firmati con le controparti	Si mantengono le condizioni di stabilità politico economica del paese

<b>Risultati Attesi</b>	R1 Programma Nazionale di "Aseguramiento Universal" del Ministero di Salute del Perù sostenuto nella sua implementazione	Numero di Riunioni di Coordinamento Realizzate  Numero di Visite degli Esperti alle aree di implementazione dell'AUS Realizzate  Livello di diffusione ed implementazione delle raccomandazioni prodotte dagli esperti	Rapporti Ufficiali del Ministero di Salute del Perù  Report dell' Istituto Nazionale di Statistica, UNDP, OMS  Report di monitoraggio e valutazione delle iniziative  Report di valutazione delle iniziative  Report di missione del Project Coordinator	Rispettato l'impegno di spesa da parte del Ministero di Salute del Perù per l'implementazione del Programma Nazionale di "Aseguramiento Universal"
-------------------------	--	--	--	--

<p><b>R2 Programma di formazione continua rivolto al personale sanitario attivato</b></p>	<p>Documenti di strategia di intervento discussi e concordati con gli attori coinvolti entro 2 mesi dalla consegna ufficiale</p> <p>Livello di coinvolgimento interistituzionale degli eventi di formazione</p> <p>Grado di Implementazione dell'Handbook</p> <p>N. partecipanti ai workshop formativi</p>	<p>Rapporti del Ministero di Salute del Perù</p> <p>Registri delle Direzioni di Salute Locali, di Ospedali e Centri di Salute pubblici</p> <p>Report di monitoraggio e valutazione delle iniziative</p> <p>Report di valutazione delle iniziative</p> <p>Report di missione del Project Coordinator</p>	<p>Il Ministero di Salute del Perù garantisce la presenza e la continuità di personale sanitario qualificato</p>
<p><b>R3 Piano per il miglioramento del modello di assistenza primaria in ambito rurale e periurbano definito</b></p>	<p>Numero e durata delle missioni diagnostiche realizzate</p> <p>Modelli per il miglioramento dei servizi di assistenza primaria dell'accesso ai servizi nelle aree rurali e periurbane intervento discussi e concordati con gli attori coinvolti entro 2 mesi dalla consegna ufficiale</p> <p>Livello di diffusione ed applicazione interistituzionale della valutazione prodotta dagli esperti</p>	<p>Rapporti Ufficiali del Ministero di Salute di Perù</p> <p>Report del Istituto Nazionale di Statistica, UNDP, OMS</p> <p>Report di monitoraggio e valutazione delle iniziative</p> <p>Report di valutazione delle iniziative</p> <p>Report di missione del Project Coordinator</p>	<p>Il Ministero di Salute del Perù conferma il proprio impegno nella implementazione d'estensione del sistema di assistenza primaria pubblica</p>
<p><b>R4 Strategia Nazionale per il Medico di Famiglia valutata e migliorata</b></p>	<p>Inception report realizzato secondo il cronogramma</p> <p>Livello di partecipazione di controparti e stakeholders alla roundtable</p> <p>Livello di diffusione ed applicazione delle raccomandazioni prodotte dagli esperti</p>	<p>Report OPS/OMS</p> <p>Accordi interistituzionali firmati ed implementati</p> <p>Report di monitoraggio e valutazione delle iniziative</p> <p>Report di valutazione delle iniziative</p>	<p>Il Ministero di Salute del Perù conferma il proprio impegno nelle politiche di rafforzamento della salute familiare</p>

	<b>R.5. Foro Nazionale Interdonatori di Salute appoggiato e rafforzato a livello tecnico-istituzionale</b>	<p>Inception report realizzato secondo il cronogramma</p> <p>Livello di partecipazione degli attori coinvolti al Foro Nazionale</p> <p>Livello di diffusione ed applicazione a livello nazionale delle raccomandazioni prodotte dal Foro</p> <p>Livello di coinvolgimento locale nelle attività di capacity building</p>	<p>Rapporti del Ministero di Salute del Perù</p> <p>Documenti interni del Foro Nazionale</p> <p>Report di monitoraggio e valutazione delle iniziative</p> <p>Report di valutazione delle iniziative</p> <p>Report di missione del Project Coordinator</p>	<p>Il Ministero di Salute del Perù conferma il proprio impegno nella implementazione di politiche pubbliche e riforme in linea con i principi OCSE/DAC dell'aiuto internazionale</p>
		<b>Risorse</b>	<b>Costi (EURO)</b>	
	<b>A1.1 N. Missioni diagnostiche nelle zone di implementazione dell'AUS</b>	60 giorni esperto senior, viaggio a/r, coordinatore locale spostamenti (personale esperto e locale) costi di gestione ufficio	50.000	Si mantengono le condizioni di stabilità socio-politica del paese
	<b>A1.2 Riunioni di coordinamento con personale tecnico locale</b>	Coordinatore locale, esperti (già in loco per altre attività) costi di gestione ufficio	7.500	
	<b>A1.3 Monitoraggio delle aree di intervento specifiche</b>	30 giorni esperto senior + 30 giorni esperto junior, costi di gestione ufficio	23.500	
	<b>A1.4 Elaborazioni di raccomandazioni per la implementazione del PEAS</b>	30 giorni esperto junior + 20 giorni esperto senior, coordinatore locale, costi di gestione ufficio	22.700	
	<b>A2.1 Elaborazione e validazione di una strategia d'intervento con le controparti locali per la formazione del personale sanitario</b>	30 giorni esperto senior, coordinatore locali, costi di gestione ufficio	14.800	Si mantengono le condizioni di stabilità socio-politica del paese
	<b>A2.2 Organizzazione di due workshop formativi</b>	Consulente comunicazione, materiale comunicazione e formazione	8.000	
	<b>A2.3 Elaborazione Handbook per la formazione del personale sanitario</b>	20 giorni esperto senior, consulente comunicazione, costi di gestione ufficio	11.600	

Attività

A3.1 Missioni diagnostiche in centri di salute di primo livello in aree rurali e periurbane	45 giorni esperto senior, viaggio a/r, coordinatore locale spostamenti (personale esperto e locale) costi di gestione ufficio	34.500	Si mantengono le condizioni di stabilità socio-politica del paese
A3.2 Formulazione e definizione, in coordinamento con le controparti, di un modello per il miglioramento dei servizi di assistenza primaria nelle aree rurali e periurbane	30 giorni esperto senior + 30 giorni esperto junior, coordinatore locale costi di gestione ufficio	22.500	
A3.3 Formulazione e definizione, in coordinamento con le controparti, di un modello per il miglioramento dell'accesso ai centri di assistenza primaria nelle aree rurali e periurbane	30 giorni esperto senior + 30 giorni esperto junior, coordinatore locale costi di gestione ufficio	22.500	
A3.4 Valutazione del "Diplomado de Atención Integral de Salud con el Enfoque de Salud Familiar"	30 giorni esperto junior + 20 giorni esperto senior, coordinatore locale, costi di gestione ufficio	24.000	
A.4.1 Elaborazione di un inception report sullo stato di avanzamento della Strategia Nazionale "Medico di Famiglia"	30 giorni esperto senior + 30 giorni esperto junior, costi di gestione ufficio	23.000	
A.4.2 Organizzazione di una roundtable interistituzionale per l'interscambio di esperienze italo - peruviane sul medico di famiglia	Consulente comunicazione, coordinatore materiale comunicazione e formazione, costi di mantenimento ufficio	15.092	
A.4.3 Elaborazione di raccomandazioni per il miglioramento della strategia	30 giorni esperto junior + 20 giorni esperto senior, coordinatore locale, costi di gestione ufficio	18.000	
A.5.1 Mappatura e Sistematizzazione delle iniziative a supporto della implementazioni di politiche pubbliche nel settore salute	Coordinatore Locale, consulente di Comunicazione, costi di gestione	7.000	Si mantengono le condizioni di stabilità socio-politica del paese
A.5.2. Disseminazione attività del Foro	Consulente di comunicazione, materiale divulgativo, costi di gestione	2.000	
A.5.3. Creazione di un fondo per il finanziamento di attività di ricerca su tematiche identificate dal Ministero di Salute in base ai lavori del Foro	Coordinatore Locale, consulente di Comunicazione,	40.000	
<b>Tot. Euro 346.692,00</b>			

## **5.2 Obiettivo generale, obiettivo specifico**

Il presente intervento ha, come obiettivo generale, il sostegno al Ministero di Salute del Perù nella definizione ed implementazione di politiche pubbliche di salute in linea con le priorità d'intervento nazionali.

L'obiettivo specifico è quello di fornire assistenza tecnica specializzata in ambito sanitario alla Direzione Nazionale di Cooperazione Internazionale del Ministero di Salute del Perù, contribuendo alla identificazione e attuazione di programmi specifici relativamente all'assistenza primaria, all'estensione della copertura assicurativa sanitaria, alla formazione del personale settoriale ed al rafforzamento istituzionale.

Il meccanismo che si intende sviluppare mira anche a favorire il processo di coordinamento nazionale delle iniziative pubbliche nel settore salute e, parimenti, a dar vita ad un processo collegiale di gestione del ciclo di progetto. L'intervento risponderà, come già menzionato, alla necessità di massimizzare l'impatto e capitalizzare i risultati della Cooperazione Italiana nel settore sanitario, predisponendo un effettivo coordinamento con le controparti peruviane e con la Comunità dei Donatori in linea con il quadro istituzionale e normativo summenzionato. Attraverso l'assistenza tecnica, i cui termini di riferimento sono tracciati nel quadro di questo documento, si procederà all'elaborazione di specifici studi di fattibilità degli interventi identificati, da implementare mediante le risorse finanziarie disponibili presso il Ministero di Salute Peruviano.

## **5.3 Risultati attesi ed attività**

Il presente intervento intende raggiungere 4 risultati fondamentali:

- 1\* R1: Programma Nazionale di "Aseguramiento Universal" del Ministero di Salute del Perù sostenuto nella sua implementazione;
- 2\* R2: Programma di formazione continua rivolto al personale sanitari attivato;
- 3\* R3: Piano per il miglioramento del modello di assistenza primaria in ambito rurale e periurbano definito;
- 4\* R4 Strategia Nazionale per il Medico di Famiglia valutata e migliorata;
- 5\* **R.5. Foro Nazionale Interdonatori di Salute appoggiato e rafforzato a livello tecnico-istituzionale**

Il **primo risultato** è incentrato sul sostegno all'implementazione della legge nazionale n. 2433, ovvero la normativa relativa all'estensione della copertura assicurativa sanitaria. In questo ambito l'assistenza tecnica si potrà concentrare in microsettori quali i pacchetti prestazionali, quadro istituzionale e normativo, modalità di compensazione economica fra le Regioni in base al modello italiano.

Per il conseguimento di questo risultato si prevedono innanzitutto, come richiesto dalla controparte, delle *field mission* di un *team* di esperti interdisciplinari nelle aree dove è stato fino ad oggi implementato il Programma AUS per effettuare uno studio diagnostico e valutarne lo stato di avanzamento. Per questa attività, anche in considerazione della diversità geografica delle aree di implementazione dell'AUS, si prevede l'utilizzo del *team* di esperti

per una missione non inferiore ai 30 giorni. L'attività sarà svolta in pieno coordinamento tanto con il personale della Direzione Nazionale di Cooperazione Internazionale del MINSA che con funzionari locali delle Direzioni Regionali di Salute. Successivamente al primo periodo di investigazione e raccolta dati, è previsto un periodo non superiore alle tre settimane nel corso del quale gli esperti potranno, con l'assistenza del coordinatore locale, elaborare con il personale delle controparti un primo documento sintetico di riferimento sui settori e modalità specifiche dell'AUS nei quali l'assistenza italiana si potrà focalizzare. Nel documento verrà identificato un settore ed un area pilota dove implementare alcune delle *guideline*, che verranno poi monitorate nel corso della durata del progetto dagli esperti. L'ultima attività conclusiva del primo risultato, derivante dagli elementi scaturiti dal periodo di investigazione, coordinamento e monitoraggio, sarà la redazione di un documento analitico inclusivo di raccomandazioni specifiche per l'implementazione di iniziative specifiche nel quadro dell'AUS.

Il **secondo risultato** si riferisce alla definizione di un programma di formazione continuo per il personale sanitario del MINSA. Tale risultato non riguardando alcuna delle aree specifiche summenzionate al punto 3.3 può essere inteso come una componente trasversale in grado di intervenire sui diversi ambiti d'azione. Al fine di garantirne il conseguimento è innanzitutto prevista l'elaborazione e validazione di una strategia d'intervento con le controparti locali per la formazione del personale sanitario. Questa attività sarà fondamentale per poter definire la tipologia di offerta formativa tanto in termine di dimensione che di target. Nel corso dei 12 mesi del progetto sono poi previsti due workshop formativi diretti a personale sanitario tanto del MINSA che delle Direzioni Regionali di Salute. Infine, si prevede la redazione del testo di un *handbook* per il personale sanitario.

Il **terzo risultato**, ancora, prevede la formulazione di un piano per il miglioramento del modello di assistenza primaria in ambito rurale e periurbano. Attualmente il Perù dispone di quasi 7.000 strutture di assistenza sanitaria di primo livello. Nonostante ciò, il sistema di servizi, l'espansione, l'incorporazione della popolazione all'accesso ai servizi, richiedono la creazione di posti di lavoro e l'incremento delle risorse destinate al personale, così come norme di incentivi e stimoli alla specializzazione professionale, alla miglior qualità dell'efficienza delle risorse umane. Pertanto, per il raggiungimento di questo risultato è previsto in prima istanza lo svolgimento di una missione diagnostica per valutare lo stato dei centri di salute di primo livello in aree rurali e periurbane. Per lo svolgimento dell'attività in oggetto è previsto il ricorso ad un *team* di esperti per un periodo non inferiore alle tre settimane. Successivamente è attesa, in pieno coordinamento con le controparti, la formulazione e definizione di due modelli complementari, rispettivamente relativi al miglioramento dell'accesso e dei servizi di assistenza primaria nelle aree rurali e periurbane. Tali modelli potranno interessare sub-settori specifici quali l'infrastruttura sanitaria, la salute interculturale, la qualificazione del personale tra le altre. Infine è prevista l'elaborazione, anche sulla base degli elementi di cui sopra, di una valutazione del "Diplomado de Atención Integral de Salud con el Enfoque de Salud Familiar".

Il **quarto risultato** è relativo alla valutazione ed al miglioramento della strategia nazionale per il medico di famiglia avviata dal MINSA a partire dal 2008. Per il raggiungimento di quest'ultimo risultato si prevede innanzitutto l'elaborazione di un inception report sullo stato di avanzamento della Strategia Nazionale Medico di Famiglia. Per questa attività si farà

ricorso ad un mini-*team* di esperti, un senior *team* leader, e un esperto junior, per un periodo di circa 30 giorni. Successivamente è stata prevista l'organizzazione di una tavola rotonda interistituzionale per l'interscambio di esperienze italo - peruviane sul medico di famiglia. Infine, in base alle risultanze delle prime due attività, si procederà alla formulazione di raccomandazioni analitiche per il miglioramento della strategia.

Infine **l'ultimo risultato**, che può essere inteso come componente trasversale all'intera iniziativa, è relativo all'sostegno ed al rafforzamento del Foro Interdonatori Nazionale nel Settore Salute coordinato dalla Direzione di Cooperazione Internazionale del Ministero di Salute con l'aiuto della Agenzia Peruviana di Cooperazione Internazionale – APCI. In base a quanto emerso dalla missione diagnostica predisposta dalla DGCS nell'aprile 2010, è stato ritenuto opportuno prevedere attività di sostegno alla locale piattaforma settoriale di dialogo tecnico-istituzionale. In questo senso è prevista innanzitutto una mappatura ed una sistematizzazione delle iniziative a supporto della implementazioni di politiche pubbliche nel settore salute, alle quali si combineranno attività di disseminazione dei prodotti e risultati scaturiti dal lavoro del Foro. Infine, è stata prevista la creazione di un fondo pilota per il finanziamento di attività di ricerca su tematiche identificate dal Ministero di Salute in base ai lavori del Foro, la cui sostenibilità (in base ai risultati prodotti) potrebbe essere garantita da un meccanismo multi donatore. Per queste attività, in considerazione della loro natura *cross-cutting*, si farà ricorso alle risorse umane già presenti sia per quanto riguarda gli esperti DGCS che per il personale locale.

## **6. SOSTENIBILITÀ DELL'INIZIATIVA**

L'iniziativa si identifica in un processo di supporto ed assistenza tecnica al MINSA, in funzione della gestione del Ciclo di progetto, con enfasi sulle fasi di identificazione e formulazione e valutazione, e si assimila uno studio di prefattibilità, vale a dire, lo studio delle possibili soluzioni ad un problema, in funzione dello sviluppo successivo delle stesse (formulazione di progetti). Trattandosi di uno studio di prefattibilità gli elementi di sostenibilità sono specifici di un progetto di analisi e ricerca, ed inerenti al lavoro che verrà sviluppato, volto a stabilire *la sostenibilità di futuri interventi*, attraverso la produzione di studi tematici, analisi settoriali e studi di fattibilità. Per quanto altresì riguarda la sostenibilità *sensu strictu* dell'iniziativa in oggetto, questa scaturisce in primis dal quadro istituzionale e normativo il quale garantisce continuità all'iniziativa sia in virtù dell'architettura istituzionale sia della capacità di spesa di cui attualmente gode il Ministero di Salute Peruviano, soprattutto per l'implementazione del Programma di *Aseguramiento Universal*. E' importante sottolineare come tale riforma sia appoggiata a livello bipartisan da pressoché tutte le istanze locali, essendo ritenuta una priorità nazionale. Pertanto si ritiene che la continuità dell'iniziativa non verrebbe comunque pregiudicata da eventuali cambi nell'agenda politica a seguito delle elezioni previste per il 2011. Altresì l'intervento si propone di canalizzare risorse provenienti da altri canali oltre al bilaterale diretto, come quello della cooperazione universitaria o decentrata, del credito, nell'ottica del rafforzamento dei partenariati locali.

## **7. STRATEGIA DI ATTUAZIONE E SUPPORTO**

Come suindicato la modalità di intervento si articolerà attraverso l'invio di esperti in breve missione, per un totale di 12 mesi uomo, per esperti senior, e 12 mesi uomo per esperti junior, lungo l'intero arco dell'iniziativa, i quali lavoreranno a stretto contatto con i funzionari della Direzione Nazionale di Cooperazione Internazionale del MINSA per la identificazione e definizione di strumenti e modelli di supporto alla implementazione delle politiche pubbliche nel settore salute.

Si prevede il ricorso ad esperti in aree settoriali cruciali, relativamente agli indicatori di risultato, fra le quali l'assicurazione sanitaria, la formulazione di pacchetti prestazionali, l'attenzione primaria alla salute, la decentralizzazione del sistema di salute pubblica. Parimenti sarà necessario il ricorso ad expertise nell'ambito degli indicatori di processo quali valutazione dei risultati e degli impatti, implementazione dell'agenda efficace dell'aiuto, *institutional and capacity building, resource mobilisation*. Tale formula di cooperazione dovrà essere formalmente disciplinata applicando principi e schemi del *project cycle management*, a conferire il necessario grado di rigore ed operatività all'azione tecnica sviluppata.

È già stato altresì introdotto il ruolo del coordinamento in loco dell'iniziativa che opererà per tutta la durata dell'intervento. In questo senso, si è analizzata la possibilità - già illustrata - di reclutare come personale in loco del progetto una risorsa umana che possa operare come coordinatore locale dell'intervento. Come suindicato si rende necessario il ricorso ad una figura di coordinamento locale essenzialmente per assicurare il raccordo tecnico ed istituzionale con le controparti locali, in primis il Ministero di Salute Peruviano e l'Agenzia Peruviana di Cooperazione Internazionale (quale piattaforma istituzionale preposta). A tal fine sarà indispensabile garantire un continuo flusso operativo e comunicativo con la Direzione Nazionale di Cooperazione Internazionale del Minsa sia per definire le dimensioni tecniche che per agilizzare le componenti procedurali interne. Il coordinatore altresì sarà indispensabile per assistere la supervisione degli aspetti amministrativo-logistici del progetto sia relativamente alla gestione del fondo in loco stesso, che per quanto attiene il cronogramma di attività degli esperti DGCS.

Il Coordinatore locale avrà altresì il compito di assistere gli esperti DGCS e le controparti locali nella definizione dei meccanismi operativi dell'intervento. A tale fine verrà svolta un'analisi generale dei settori interessati per l'erogazione dell'assistenza tecnica specializzata, con particolare enfasi alle componenti di efficacia, efficienza, sostenibilità, replicabilità e trasparenza degli interventi.

Tale figura in loco sarà affiancata da una risorsa esperta in comunicazione, che andrà a supportare le istituzioni locali nella fase di studio, definizione ed esecuzione dei piani di comunicazione tesi a conferire la giusta visibilità ed il corretto posizionamento istituzionale agli interventi del Programma. Nel quadro di un intervento come il presente, che intende affinare lo sviluppo e l'integrazione operativa in un settore chiave per le politiche sociali del Paese interessato, si intende quindi stabilire una linea di comunicazione strutturata che vada ad integrare, valorizzare e comunicare la portata delle iniziative intraprese.

In questo senso, e come puntualmente segnalato nel documento programmatico 2009-2011 della DCGS “Linee guida e indirizzi di programmazione”, si vogliono informare tanto l’opinione pubblica quanto autorità, istituzioni ed associazioni locali circa la presenza italiana nel Paese e, più precisamente, l’andamento di questa nuova fase del Programma in oggetto. I risultati prodotti da una programmata strategia comunicativa delle attività intraprese, da intendersi a livello divulgativo/informativo e non puramente pubblicitario, sono evidenti in termini tanto di dividendo politico da spendere nei confronti delle autorità locali, quanto di chiarezza nei confronti delle istituzioni locali preposte all’amministrazione dell’aiuto straniero.

Di particolare importanza per la corretta esecuzione dell’intervento sarà poi la definizione e la implementazione di una piattaforma di coordinamento ed intercambio con i Donatori Internazionali che sostengono l’attuazione delle politiche pubbliche del MINSA. Tale esercizio servirà sia per evitare duplicazioni dell’intervento italiano sia per usufruire di eventuali lezioni apprese da altri donatori. La risorsa esperta in comunicazione andrà a supportare il responsabile in loco anche su questo canale di coordinamento, tanto nell’ottica della trasversalità della componente comunicativa quanto sul piano della visibilità dell’intervento a livello internazionale.

Un punto di forza dell’intervento sarà la capacità di creare e sviluppare sinergie con attori locali italiani dell’Aiuto Internazionale quali quelli associati ai canali della cooperazione universitaria e decentrata (sulla falsariga dell’esperienza di sostegno alla riforma sanitaria brasiliana) così come dello strumento non governativo. A questo proposito è possibile immaginare forme di cofinanziamento in itinere o ex post dell’iniziativa in oggetto per attività che possano finanziare attività in grado di valorizzare i prodotti e massimizzare la sostenibilità.

## **8. FATTORI ESTERNI ED ELEMENTI DI INTEGRAZIONE NEL PROGRAMMA-PAESE**

Il Programma si prefigura come un’azione in grado di proporre elementi e contributi strutturali anche al di fuori del proprio specifico campo di indagine, in particolare nell’ambito della contribuzione alla definizione di un programma-paese, e ad un sistema di monitoraggio e valutazione degli investimenti associati al portafoglio di attività dell’aiuto italiano in Perù.

L’esercizio sarà portato avanti nell’ottica della capitalizzazione degli interventi italiani nel settore salute *tout court*, tanto attraverso il canale bilaterale diretto che con alte forme. Da questa esperienza possono quindi derivare delle *best practice* trasferibili in nuovi contesti di cooperazione.

## **9. FATTORI DI RISCHIO**

Dal punto di vista della sostenibilità istituzionale, il fattore di rischio più sensibile riguarda un eventuale cambi nello scenario politico a seguito delle elezioni nazionali del 2011. Tuttavia si ritiene, che nella pratica, tale rischio potrebbe tradursi in un turnover ministeriale e funzionariale dei referenti delle controparti in considerazione della natura bipartisan e trasversale del quadro normativo di riferimento.

Sul piano tecnico, questi afferiscono fondamentalmente al corrente grado ed alla qualità del lavoro di preparazione, di comunicazione tecnica e di coordinamento con le controparti, e con le istituzioni di riferimento. In questo senso, i fattori di rischio dovranno essere opportunamente controllati ricorrendo ad adeguate forme di coordinamento con agenzie tecniche specializzate che potrebbero costituire un appropriato quadro di riferimento.

Sul piano gestionale si presentano rischi simili a quelli identificati dal punto di vista tecnico. Questi si riferiscono in particolar modo alla stabilità ed alla continuità del processo di gestione, specie da parte degli attori istituzionali locali, controparti dell'iniziativa.

Sarà quindi necessario, attraverso il meccanismo di coordinamento costituitosi, elaborare degli adeguati sistemi di controllo e monitoraggio, che garantiscano, a fronte dell'oggettiva aleatorietà di alcuni referenti all'interno delle istituzioni peruviane, un costante interlocutore e una corresponsabilità della gestione degli interventi predisposti.

## ***10. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE***

Per quanto attiene il monitoraggio, si prevede di preparare un report di monitoraggio interno ogni 4 mesi, secondo le procedure ed i parametri MAE. Inoltre il progetto conta di attingere ad una base informativa quale registri civili, INE, VEA; Sondaggi CAP (Conoscenze, Attitudini, Pratiche) interviste, sondaggi INEI (Istituto Nacional Estadística e Informatica). Altresì di concerto con la controparte si intende mettere a punto una griglia di rilevazione periodica che registrerà i dati di ingresso, i dati in itinere e finali e periodici rapporti e stati d'avanzamento trimestrali, utilizzando gli indicatori descritti nel quadro logico, ed eventuali altri indicatori che, in corso d'opera, risulteranno essere di particolare interesse. Vale infine menzionare le specifiche necessità di coordinamento e pianificazione delle attività di valutazione e gestione in ambito UTC/UTL, per il lancio di un intervento articolato e complesso e per una adeguata ripartizione dei compiti.

## 11. CRONOGRAMMA

Come da cronogramma che segue, la proposta di progetto prevede una durata di 12 mesi.

Attività	Periodo di esecuzione												Risorse umane	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
A1.1 N. Missioni diagnostiche nelle zone di implementazione dell'AUS														Esperti DGCS – Coordinatore Locale, Controparti Peruviane
A1.2 Riunioni di coordinamento con personale tecnico locale														Esperti DGCS – Coordinatore Locale, Controparti Peruviane
A1.3 Monitoraggio delle aree di intervento specifiche														Esperti DGCS – Coordinatore Locale,
A1.4 Elaborazioni di raccomandazioni per la implementazione del PEAS														Esperti DGCS – Coordinatore Locale,
A2.1 Elaborazione e validazione di una strategia d'intervento con le controparti locali per la formazione del personale sanitario														Esperti DGCS – Coordinatore Locale, Controparti Peruviane
A2.2 Organizzazione di due workshop formativi														Coordinatore Locale, Consulente Comunicazione, Esperti DGCS Controparti Peruviane
A2.3 Elaborazione Handbook per la formazione del personale sanitario														Esperti DGCS Coordinatore Locale, Consulente Comunicazione



## **12. TERMINI DI RIFERIMENTO ESPERTI**

Si prevede il ricorso a sei profili di esperti (di cui tre senior e tre junior) lungo quattro aree considerate prioritarie identificate quali:

- Salute pubblica
- Economia della salute
- Sistemi assicurativi sanitari
- *Institutional Building*

Per quanto attiene al primo settore identificato, si prevede il ricorso a due profili di *expertise* quali:

- **Senior Public Health Officer:** Esperto in sistemi di salute pubblica con estensiva esperienza, almeno 20 anni, di gestione di programmi sociosanitari e comprovata esperienza in settori chiave quali sistemi di riferimento e controriferimento, salute riproduttiva e salute materno - infantile. Questi avrà inoltre il ruolo di coordinatore espatriato dell'intera iniziativa.
- **Junior Public Health Specialist:** Esperto in salute pubblica con comprovata esperienza, almeno 4 anni, in programmi per il miglioramento della qualità dei servizi di salute con dotazione di metodologia quantitativa e qualitativa relativamente agli indicatori prestazionali e gestionali
- Per quanto concerne il secondo settore si prevede il ricorso a due profili di *expertise* quali:
  - **Senior Health Economist:** Esperto in valutazione e monitoraggio dei progetti sanitari e sociali, almeno 15 anni, con dotazione di metodologie di analisi quantitativa dei sistemi di salute pubblica e di protezione sociale in contesti rurali, con estensiva esperienza nel quadro dell'aiuto pubblico con soggetti bilaterali, multilaterali e non governativi
  - **Junior Health Economist:** Esperto in economia della salute con esperienza nel contesto della ricerca sociale, dello sviluppo istituzionale e della creazione e sviluppo di reti di ricerca, di trasferimento di tecnologie e di sviluppo di capacità e formazione con soggetti Universitari e non governativi.

Per quanto concerne il terzo settore si prevede il ricorso ad un profilo specifico quale

- **Senior Expert in Health Care Reforms:** Esperto in riforme dei sistemi sanitari con focus professionale specifico relativamente alla copertura assicurativa sanitaria, con dotazione di metodologie quantitative e qualitative su decentralizzazione dei sistemi sanitari, formulazione di pacchetti prestazionali, sistemi di compensazione interregionali.

Relativamente all'ultimo settore si prevede il ricorso ad un profilo specifico quale

- **Junior Institution Building Expert:** Esperto istituzionale con competenze socio sanitarie e con esperienze pregresse nel quadro dell'aiuto bilaterale e multilaterale, e competenze specifiche in capacity building ed implementazione dell'agenda efficace dell'aiuto.

### **13. ANALISI DEI COSTI E BILANCIO PREVENTIVO DI SPESA**

Il preventivo di spesa dell'intervento è indicato nello schema alla pagina seguente. Le categorie dettagliate nella presente proposta di finanziamento possono sostanzialmente sintetizzarsi come segue:

- 2 esperti in salute pubbliche, di cui un senior ed un junior;
- 2 esperti in economia della salute di cui un senior ed un junior;
- 1 esperto senior in riforma dei sistemi di salute e sistemi assicurativi sanitari
- 1 esperto junior in *institution building*;
- 1 coordinatore reclutato localmente;
- 1 consulente in comunicazione;
- 1 assistente esecutivo.

Il costo totale per il personale esperto espatriato è pari a 214.092,00 Euro. Tale importo permetterà il reclutamento di vari esperti per 8 mesi uomo per l'area di salute pubblica, 8 mesi uomo per l'area di economia della salute, 4 mesi uomo per l'area di riforma dei sistemi di salute ed infine 4 mesi per l'area di *institution building*. Tale cifra è comprensiva tanto dei biglietti a/r Italia - Perù che di una stima approssimativa degli spostamenti interni.

Per quanto riguarda altresì il fondo di gestione in loco, a carico dell'Ambasciata d'Italia in Lima, questo avrà un costo totale di 83.600 Euro. I costi delle risorse umane reclutate ed assunte in loco, siano questi personale o consulenti locale, ascende a 50.100 Euro. Tale cifra permetterà il reclutamento di un coordinatore assunto in loco e di un assistente esecutivo. I costi stimati sono comprensivi di oneri previdenziali e contributivi, gratificazioni ed indennità di liquidazione. Parimenti si farà ricorso ad un consulente specializzato in comunicazione per le attività di formazione, comunicazione e visibilità. Tali attività (workshop, seminari, pubblicazioni) avranno un costo stimato complessivo di 20.000 Euro lungo l'intero arco dell'iniziativa. Si prevede, inoltre, in relazione al raggiungimento dell'ultimo risultato, l'istituzione di un fondo pilota per il finanziamento di attività di ricerca. La composizione di tale voce si stima in circa 40.000 euro. Parimenti, per le attività di sistematizzazione e divulgazione all'interno del Foro Donatori, si prevedono attività complessivi per un costo di 9.000 Euro.

E' prevista altresì una voce di spesa per gli spostamenti ed i viaggi del personale locale. Ci si riferisce in prima istanza agli spostamenti interni del coordinatore locale tanto nel corso delle missioni degli esperti DGCS che nella sua normale attività di coordinamento con le controparti locali. Infine gli altri costi preventivati, sono spese minime relative alla

manutenzione e corretto funzionamento del progetto, quali utenze (luce, internet, telefono), cancelleria e stampati, e postali. Il personale del progetto usufruirà degli spazi dell'Ufficio di Cooperazione dell'Ambasciata d'Italia in Lima.

Tutti i costi saranno ulteriormente dettagliati da piani operativi semestrali, che verranno preventivamente scrutinati ed approvati da questa DGCS. I piani operativi potranno, per imprevisti od evoluzioni dell'iniziativa, proporre eventuali e ragionati scostamenti di spesa, nell'ambito delle varie voci del fondo accreditato in loco, senza incidere sull'entità globale del budget stanziato, né sugli obiettivi e sulla coerenza interna del progetto. Resta inoltre inteso che la congruità verrà ricompresa nella metodologia di acquisto dei beni, dei servizi, e nelle relative procedure stabilite per le Rappresentanze diplomatiche.

VOCI DI SPESA	Primo semestre			Secondo semestre			TOTALE		
	Unità 1 mese	Importo unitario (€)	Totale	Unità	Importo unitario (€)	Totale	Unità	Importo unitario (€)	Totale
<b>Fondo Esperti</b>									
Esperto Salute Pubblica/Project Coordinator	2	10.340	20680	2	10.340	20680	4	10340	<b>41360</b>
Esperto in Salute Pubblica Junior	2	5.563	11126	2	5.563	11126	4	5563	<b>22252</b>
Esperto in Economia della Salute Senior	2	7754	15508	2	7754	15508	4	7754	<b>31016</b>
Esperto in Economia della Salute Junior	2	5.563	11126	2	5.563	11126	4	5563	<b>22252</b>
Esperto in Riforma Sistemi Sanitari	2	10.340	20680	2	10.340	20680	4	10340	<b>41360</b>
Esperto in Institution Building	2	5.563	11126	2	5.563	11126	4	5563	<b>22252</b>
Viaggi a/r senior	3	3800	11400	3	3800	11400	6	3800	<b>22800</b>
Viaggi a/r junior	3	1800	5400	3	1800	5400	6	1800	<b>10800</b>
<b>Totale fondo esperti</b>									
									<b>214.092,00</b>
<b>Fondo in loco</b>									
Coordinatore in loco	6	2500	15000	6	2500	15000	12	2500	<b>30.000</b>
Assistente Esecutivo	6	800	4800	6	800	4800	12	800	<b>9.600</b>
Consulente in Comunicazione	3	1750	5250	3	1750	5250	6	1750	<b>10.500</b>
Eventi di formazione e comunicazione	1	10000	10000	1	10000	10000	1	20000	<b>20.000</b>
Fondo Attività di Ricerca				1	40000	40000	1	40000	<b>40.000</b>
Sstemizzazione e divulgazione del Foro	1	9000	9000				1	9.000	<b>9.000</b>
Trasporti e spostamenti	1	2500	2500	1	2500	2500	1	5000	<b>5.000</b>

Spese di funzionamento Ufficio - Utenze	1	2000	2000	1	2000	2000	1	4000	4.000
Attrezzature informatiche	1	2000	2000				1	2000	2000
Cancelleria e stampati	1	2000	2000				1	2000	2000
Postali e spedizioni	1	500	500				1	500	500
<b>Totale fondo in loco</b>									<b>132.600,00</b>
<b>TOTALE COSTI</b>									<b>346.692,00</b>

## **14. CONCLUSIONE E PROPOSTA**

Si ritiene di poter valutare positivamente e di concordare con l'impianto complessivo del progetto, con gli obiettivi identificati così come con i risultati che l'intervento intende raggiungere.

Per quanto riguarda gli aspetti tecnici relativi alla componente economica e di valutazione degli aspetti gestionali, si concorda con le valutazioni positive inerenti all'ammissibilità dei costi così come l'utilizzo delle risorse.

Per tutto quanto sopra esposto si ritiene di poter esprimere parere tecnico favorevole all'iniziativa esaminata, del valore di Euro **346.692,00** eseguibile in gestione diretta da parte di questa DGCS.

L'Esperto D.G.C.S. UTC  
Dot. P. Pizzone



Visto, Il Funzionario preposto alla UTC

Cons. d'Amb. Pier Francesco ZAZO