



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

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

Valutazione tecnica

Novembre 2011

SINTESI DEL DOCUMENTO E RESPONSABILI

Paese:	Perù
Titolo:	II Fase - Programma di Assistenza Tecnica al Ministero della Salute peruviano nel quadro del Programma Nazionale “Aseguramiento Universal de Salud”
Importo totale:	203,756.00 Euro
Durata:	12 mesi
Canale:	Bilaterale
Tipologia:	Dono
Modalità d’esecuzione:	Gestione diretta DGCS
N° AID:	9344
Settore OCSE-DAC:	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 a pivotal project of reform of the healthcare sector aimed at the universalisation of the healthcare coverage and the strengthening of primary health-care in the overall framework of decentralization. The outcome of the programme is to support the Peruvian Ministry of Health in the mission to ensure people full and progressive right to health social security.

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 with a family medicine approach. The programme, during its second phase, will have a regional integration based approach, entailing a whole component devoted to establish and implement a Regional Observatory for Universal Health Systems (UHS).

The whole initiative is carried out as a bilateral aid with a contribution of 203,756.00 Euro Euros by the General Bureau for Development Cooperation of the Italian Ministry of Foreign Affairs.

Obiettivi del Millennio collegati:

MDG 4 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 dall'equipe di lavoro composta dal team di esperti e dal personale tecnico locale dell'iniziativa, secondo precisi termini di riferimento predisposti dall'UTL di La Paz.

INDICE

SINTESI DEL DOCUMENTO E RESPONSABILI.....	ii
SUMMARY	ii
INDICE	iv
SIGLE E ACRONIMI.....	vi
1. INTRODUZIONE E BACKGROUND	1
2. PRESENTAZIONE DELL'INIZIATIVA	2
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 della Riforma	7
3.4 La Cooperazione Italiana in Perù.....	11
4. DOCUMENTAZIONE: ANALISI E BASE CONOSCITIVA	12
5. DESCRIZIONE DELL'INIZIATIVA E STRATEGIA DI INTERVENTO	14
5.1 Quadro Logico – Allegato 1	14
5.2 Obiettivo generale, obiettivo specifico	17
5.3 Risultati attesi ed attività.....	17
6. SOSTENIBILITÀ DELL'INIZIATIVA.....	19
6.1 Sostenibilità istituzionale	21
6.2 Sostenibilità finanziaria	21
7. STRATEGIA DI ATTUAZIONE E SUPPORTO.....	20
7.1 Componente in gestione diretta ed articolazione del fondo esperti	21
7.2 Componente affidata all'Organismo Andino di Salute - ORAS	23
8. FATTORI ESTERNI ED ELEMENTI DI INTEGRAZIONE NEL PROGRAMMA- PAESE	22
9. FATTORI DI RISCHIO	22
10. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	22
11. TERMINI DI RIFERIMENTO ESPERTI.....	23
11.1 Termini riferimento esperti a valere sul fondo esperti DGCS	25
11.2 Termini riferimento e modalità di selezione dell'assistente tecnico italiano contrattato dall'Organismo Andino di Salute	26
12. ANALISI DEI COSTI E BILANCIO PREVENTIVO DI SPESA	24
13. CONCLUSIONE E PROPOSTA	25

14. ALLEGATI.....	25
Allegato 1: Quadro Logico	25
Allegato 2: Piani finanziari	25
Allegato 4: Richiesta finanziamento Seconda fase del Programma Ministro della Salute del Perù	25

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
FISSAL	<i>Fondo Intangible Solidario de Salud</i> (Fondo Intangibile Solidale 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
MINSAL	<i>Ministerio de Salud del Perú</i> (Ministero della Salute peruviano)
ONG	Organizzazione Non Governativa
ORAS	<i>Organismo Andino de Salud</i> (Organismo Andino di Salute)
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)
SUS	Sistemi Universali di Salute
TMM	Tasso di mortalità materna
UTC	Unità Tecnica Centrale
UTL	Unità Tecnica Locale

1. INTRODUZIONE E BACKGROUND

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 espressa richiesta del Ministero di Salute del Perù di consolidare il processo un'assistenza tecnica italiana per la definizione ed implementazione di interventi nel settore sanitario.

Già 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, la cui implementazione inizialmente era prevista a livello sperimentale nei dipartimenti di Ayacucho, Apurimac e Huancavelica. Precedentemente in occasione della missione istituzionale del Min. Plen. Alessandro Gaudiano e del Min. Plen. Pier Francesco Zazo, funzionari preposti degli Uffici DGCS V e DGCS UTC nel marzo 2009, e successivamente di quella del Dott. 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.

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. In base alla predetta documentazione il Direttore Generale per la Cooperazione allo Sviluppo ha approvato in data 15 luglio 2010 il finanziamento della iniziativa in oggetto per un importo complessivo di Euro 346.692,00. La prima fase dell'iniziativa ha così avuto inizio nel novembre 2010. La proposta si proponeva 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 Sviluppo della Regione di Frontiera 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*, e agendo lungo cinque aree di risultato:

- Appoggio al MINSA nell'implementazione dell'Aseguramiento Universal en Salud realizzato;
- Processo di ricostituzione della Scuola Nazionale di Salute Pubblica appoggiato;
- Sostegno all'implementazione del "Piano di rafforzamento del primo livello di attenzione nel quadro del "Aseguramiento Universal" e della Decentralizzazione in salute con enfasi nella attenzione primaria in salute rinnovata" realizzato;
- Appoggio all'elaborazione ed implementazione del "Programma di Formazione in Salute Familiare e Comunitaria" realizzato;

- Appoggio all'implementazione del Foro Interagenziale di Cooperazione Internazionale in Salute realizzato.

Già dall'avvio delle attività è stato riscontrato l'alto gradimento da parte delle controparti nazionali. In data 7 dicembre 2010 è stato conferito a SE Francesco Rausi, Ambasciatore Italiano il Perù, il pubblico riconoscimento da parte del Ministro Ugarte Ubilluz per i risultati raggiunti dalla Cooperazione Italiana nel sostegno al consolidamento della salute pubblica nel paese. In tale ottica l'iniziativa è riuscita ad installare da subito un proficuo meccanismo di dialogo inter-istituzionale attraverso l'attivo coinvolgimento delle realtà accademiche italiane, in special modo la Università degli Studi di Parma e la Università La Sapienza di Roma, coinvolgimento che costituisce il vero valore aggregato dell'iniziativa. In considerazione di quanto sopra il 24 marzo 2011 è pervenuta una formale richiesta di estensione dell'assistenza tecnica italiana da parte del Ministro della Salute del Perù.

2. PRESENTAZIONE DELL'INIZIATIVA

L'intervento ha la finalità di consolidare il processo di assistenza tecnica italiana iniziato con l'attuale fase di programma, a sostenere del Ministero di Salute del Perù nella definizione di politiche pubbliche nel settore salute, estendendo le buone pratiche sviluppate della prima fase nel quadro dei processi di riforma sanitaria della intera regione andina.

Il processo di assistenza tecnica specializzata collaudato nella prima fase, è inteso non come semplice meccanismo verticale di trasferimento di competenze, quanto come continuo processo orizzontale di dialogo e intercambio di esperienze e migliori pratiche tra gli *stakeholders* istituzionali di riferimento e le realtà di eccellenza del circuito accademico e di ricerca italiano. In tale ottica il programma intende continuare a contribuire nella sua seconda fase, in pieno e costante coordinamento con le controparti locali, all'implementazione della Riforma del Sistema Nazionale di Salute del Perù, articolata nelle tre linee strategiche: Aseguramiento Universal en Salud, Rafforzamento dell'Attenzione Primaria, e Decentramento. Tale schema prevede il sostegno ai processi di identificazione e esecuzione di iniziative legate alla medicina familiare, all'estensione della copertura assicurativa sanitaria nel quadro del decentramento e della legislazione sanitaria, ed al rafforzamento istituzionale nell'ottica dei processi di regionalizzazione delle politiche di salute pubblica.

Pertanto in questa nuova fase si intende in primis consolidare i risultati maturati sino ad oggi, specialmente in settori chiave come il rafforzamento della salute primaria e la medicina familiare, e dall'altro ampliare, in base alle esigenze della controparte, lo spettro d'azione dell'assistenza tecnica italiana a nuove tematiche quali i meccanismi di gestione e finanziamento delle malattie d'alta complessità e il sostegno al dibattito regionale in salute pubblica. In tale contesto, i settori di intervento nel quadro del sostegno generale alla Riforma del Sistema Nazionale di Salute del Perù - articolata nelle tre linee strategiche *Aseguramiento Universal en Salud*, Rafforzamento dell'Attenzione Primaria, e Decentramento - saranno:

1. Estensione copertura assicurativa sanitaria nel quadro del progressivo processo di decentralizzazione pubblica del paese;
2. Copertura delle Malattie Alta Complessità;
3. Attenzione Primaria in Salute;
4. Processo di Regionalizzazione delle Politiche di Salute Pubblica.

In considerazione della sua rilevanza strategica è confermata ed ampliata la dimensione trasversale a tutta l'iniziativa afferente al *institution building* nei confronti della Direzione Generale di Cooperazione Internazionale del Ministero della Salute del Perù. Tale componente, che in questa seconda fase avrà un focus regionale a sostegno dei Fori di Coordinamento quali Unasur e REMMSA, 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. Attraverso tale componente si garantirà altresì il corretto funzionamento dei tavoli di coordinamento settoriali, il raccordo con la comunità di Donatori, e l'armonizzazione con lo schema d'intervento italiano in ambito sociosanitario sia a livello locale che regionale.

Dal punto di vista operativo, l'intervento come noto si articola per mezzo 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 è indispensabile per assicurare il corretto coordinamento e gestione all'iniziativa. Si prevede l'invio di esperti nei 5 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 quanto attiene il fondo di gestione in loco, oltre alle ordinarie spese di funzionamento della struttura organizzativa in Lima e al reclutamento del personale locale, è prevista una quota destinata ad attività in gestione diretta a supporto e sostegno delle linee di azione portate avanti attraverso il personale esperto, anche a sostegno della auspicata regionalizzazione della iniziativa.

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 29,885,340 di abitanti (INEI, Bollettino Analisi Demografico n.º36 Marzo 2009), distribuiti in modo disomogeneo su una superficie di 1.285.216 Km². Il tasso di crescita annuale della popolazione (1993 – 2007) è stato pari all'1,6%, contro il 2% registrato nel periodo 1981-1993. 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 2007 il 75,9% della popolazione abitava in città, mentre il 24,1% 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 2010 dell'Undp, il Perù risulta classificato al 63° 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 e raggiunge 73.6 anni di aspettativa di vita (ONU-DAES 2009). Il tasso di mortalità materna è ancora elevato, 98 donne morte ogni 100.000 bambini nati vivi (Undp, 2010). 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 2007, il 30,5% degli abitanti aveva meno di 15 anni, mentre solo il 6% superava i 65 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 24,8% del PIL (*World Bank*, 2009). 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 disuguaglianza 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 Latino America.

Analisi di morbidità

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 pubblici 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 della Riforma

3.3.1 La riforma dell'Aseguramiento Universal en Salud

Il 9 aprile 2009 è stata promulgata la Legge 29344 o Legge Quadro di Assicurazione Sanitaria Universale (cfr. allegato n. 1 della presente relazione) essendo questo uno degli eventi più importanti per la sanità pubblica delle ultime decadi. 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 ugualmente coperti attraverso il 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.

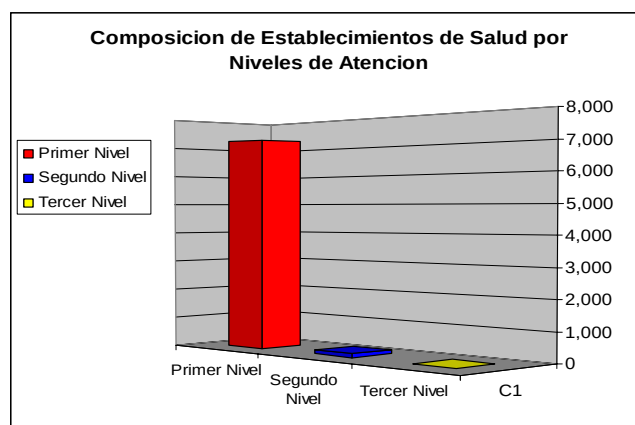
L'AUS si è dotato nel 2009 del quadro giuridico per eseguire le proprie azioni sul territorio nazionale. Così, il 9 aprile è stata approvata la Legge N° 29344, Legge di Assicurazione Sanitaria Universale, annunciata dal Presidente della Repubblica, Dr. Alan García Pérez; il 13 giugno è stato emesso il Decreto Supremo 011-2009 che approvava la formazione del Comitato Tecnico Implementante 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 Apurimac, 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. A queste si aggiunge l'area metropolitana di Lima. 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. Tale supporto, benché ancora largamente insufficiente, ha consentito l'aumento della produzione di servizi, soprattutto nelle tre regioni del Sud del Paese (Ayacucho, Huancavelica, Apurimac), dove il numero formale di assicurati è salito a circa l'80% e l'assistenza è aumentata del 30% rispetto al valore stagionale. 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, Huancavelica e Apurimac. Ciascun team è formato da un rappresentante di ogni Direzione Generale del MINSA. In questo senso, si stanno parzialmente migliorando le competenze del personale nei processi di assistenza sanitaria. Nei dipartimenti di Huancavelica, Ayacucho e Apurimac, attraverso il programma EUROPAN, finanziato dalla Commissione Europea, 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. Nell'ultimo anno si è assistito al 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 tale obiettivo sembra piuttosto ambizioso e sicuramente 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 sarebbe stimato sugli otto mila milioni di Soles. Da ultimo, in data 9-10 marzo 2011, è stata avviata l'estensione dell'AUS nelle Province di Bagua e Condorcanqui nel Dipartimento di Amazonas, nell'area amazzonica a nord del paese lungo il corridoio di confine con l'Ecuador.

3.3.2 Rafforzamento del primo livello di attenzione sanitaria

Intimamente legata alla riforma di Aseguramiento Universal en Salud è la questione del rafforzamento dell'attenzione primaria di salute. Attualmente l'80% degli stabilimenti di salute di primo livello (che sono la maggioranza di quelli pubblici come si evince dal grafico e dalla tabella qui sotto), non coprono che il 20% della domanda, determinando una forte concentrazione della stessa verso il secondo e terzo livello, in ottica assistenziale e prestazionale.



Nivel de Atencion	Primer Nivel	Segundo Nivel	Tercer Nivel	Total
Total	7,227	145	10	7,382

Come noto il primo livello, oltre a rappresentare la base della piramide del sistema sanitario, dovrebbe costituirne l'area più vasta e rappresentare la porta d'ingresso del sistema sanitario. Ciononostante la situazione reale dell'attenzione sanitaria in Perù dimostra come attualmente il terzo livello ricopra ad oggi quasi il 70 % delle prestazioni sanitarie, mentre il primo livello non riesce ad attirare efficacemente le richieste di assistenza.

Quanto ne scaturisce è un sistema congestionato, con gli ospedali di terzo livello che nella maggior parte dei casi forniscono assistenza per prestazioni che potrebbero essere sgravate sui due livelli inferiori. Inoltre il sotto-utilizzo del primo livello (che in linea teorica dovrebbe costituire la porta di ingresso al sistema sanitario) ha come effetto indiretto l'esclusione per larghe fasce di popolazione dal sistema sanitario nazionale stesso. Si è convenuto, di conseguenza, la necessità di un riordino del modello attraverso un'iscrizione degli assicurati – ovvero una mappatura – ed un rafforzamento della promozione della salute, facente capo essenzialmente al primo livello di attenzione.

La riforma del primo livello di assistenza è perciò basilare per la riduzione della mortalità materno - infantile e della denutrizione. Per questa ragione è stato varato un Piano Nazionale per il Rafforzamento del Primo Livello di Salute, che prevedeva la definizione di un nuovo Modello di Attenzione Primaria in Salute.

Tra ottobre del 2010 ed aprile del 2011 una Commissione Tecnica del Ministero di Salute, con l'assistenza tecnica della Cooperazione Italiana, ha ridisegnato e rinnovato il precedente MAIS (Modello di Attenzione Integrale in Salute) su Basato in Famiglia e Comunità: MAIS-BFC, che sarà promulgato a giugno di quest'anno con un Decreto Supremo. Si tratta di un modello di attenzione rinnovato basato sulla salute familiare e comunitaria, appunto, che permetterà al primo livello di trasformarsi nella porta d'accesso al sistema, in un efficace ed efficiente strumento di contenimento degli altri livelli ospedalieri, ponendo enfasi alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie, influenzando direttamente ed

indirettamente nelle determinanti della salute a livello locale. In questo senso è stato fondamentale predisporre un piano di sviluppo delle risorse umane che prevede non solo un aumento considerevole tanto del personale operante nel Primo livello di attenzione quanto un miglioramento delle condizioni economico-contrattuali degli stessi, ma anche un percorso di formazione degli stessi, che permetta un'adeguata capacità risolutiva di equipe di base multidisciplinari, in grado di offrire attenzione integrale ed integrata alla persona, famiglia e comunità, rispondendo alle necessità di salute in un ambito territoriale determinato.

Per l'operativizzazione del Modello, posteriormente alla sua promulgazione si rende necessaria l'elaborazione delle Linee Guida per la sua implementazione così come di tutta la normativa di dettaglio, soprattutto diretta alla riformulazione della gestione, organizzazione, prestazione e finanziamento dei servizi di salute su base regionale e locale, coerentemente alla direttiva di principio tracciata dal nuovo modello.

3.3.3 Decentralizzazione

La Costituzione Politica del Perù stabilisce che questo è “uno stato unitario rappresentativo e decentralizzato” comprendendo con ciò i tre livelli di governo: nazionale, regionale e locale. A sua volta il livello locale è organizzato in municipi, province e distretti. La Legge 27680, ovvero Legge di Riforma Costituzionale del 2002, riconosce che “la decentralizzazione è una forma di organizzazione democratica e costituisce una politica permanente dello Stato, di carattere obbligatorio, che ha come obiettivo fondamentale lo sviluppo integrale del paese”. Il governo locale, in questo senso, è una persona giuridica di natura pubblica che conta con autonomia politica, amministrativa ed economica. La legge 27972 – Legge Organica delle Municipalità del 2003 – segnala che i governi locali promuovono la adeguata prestazione di servizi pubblici locali e lo sviluppo integrale, sostenibile ed armonico della propria circoscrizione e per questo sono assegnate loro le competenze esclusive e congiunte in materia di salute e servizi di base, competenze che esercitano in diverse forme e grado.

Il governo nazionale, attraverso il Decreto Supremo 077-2006-PCM, ha stabilito che l'avvio dell'esperienza pilota per il trasferimento ai governi locali della Gestione dell'Attenzione Primaria di Salute (GAPS), la quale è stata definita dal Ministero della Salute come lo sviluppo dei processi di programmazione, monitoraggio supervisione e valutazione dell'attenzione integrale della salute che si realizza in ambito locale, includendo gli stabilimenti di primo livello di attenzione (Risoluzione Ministeriale N° 1204-2006-MINSA). D'altro canto la Legge 29344 – Legge Quadro di Aseguramiento Universal en Salud (2009), segnala che tale processo si organizza in forma progressiva e decentralizzata ai livelli nazionale, regionale e locale, rendendo evidente la necessità di articolare la politica di universalizzazione dei servizi assicurativi in salute con le politiche di decentralizzazione locale. Tale situazione comporta ovviamente la necessità di ripensare alla gestione sanitaria, passando da un ottica di gestione settoriale ad un approccio di logica territoriale. Ciononostante l'esperienza sanitaria dei governi locali è molto eterogenea. Nelle realtà rurali, ad esempio, questa si limita spesso alle attività di servizi di base. Pertanto, fasce di cittadinanza mantengono un generale scetticismo verso le Municipalità come gestori della salute, considerando che tale competenza debba essere completamente di pertinenza delle istanze nazionali e/o regionali. In tale contesto nell'implementazione della riforma AUS un punto critico riguarda sicuramente le modalità ed i meccanismi attraverso i quali organizzare e

sviluppare la funzione di salute a livello di governi locale con il proposito di rafforzare la gestione dell'universalizzazione dell'assicurazione sanitaria.

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.

Per quanto attiene il canale bilaterale, oltre all'iniziativa in oggetto, l'impegno in ambito sanitario si concentra, come ricordato, attraverso il Programma Sociosanitario a Sostegno del Piano Binazionale di Sviluppo Perù Ecuador Aid 6757, la cui seconda fase è in avvio per un importo di circa 4 milioni di euro. Parimenti è in formulazione un Programma di Lotta alla Povertà attraverso un credito di aiuto di 15 milioni euro. Lo schema generale d'intervento prevede l'esistenza di due componenti, di cui la prima sociosanitaria e la seconda di sviluppo rurale attraverso lo strumento del micro-credito.

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 – Allegato 1

OBIETTIVI DEL PROGRAMMA					INDICATORI	FONTI DI VERIFICA											
Obiettivo generale		Sostenere il Ministero di Salute del Perù nella missione di garantire il diritto pieno e progressivo di ogni persona alla sicurezza sociale in salute															
Obiettivo specifico		Consolidare il processo di assistenza tecnica italiana alla Riforma del Sistema Nazionale di Salute del Perù, articolata nelle tre linee strategiche: <i>Aseguramiento Universal en Salud</i> , Rafforzamento dell'Attenzione Primaria, e Decentramento.				N° 07 Esperti italiani in salute pubblica, economia sanitaria e institucional building, collaborano con il MINSA nella formulazione e implementazione delle linee strategiche di riforma.											
R	RISULTATI	Cod.	ATTIVITA'	INDICATORI DI RISULTATO	FONTI DI VERIFICA	CRONOGRAMMA (12 mesi)											
						Nov '11	Dic '11	Gen '12	Feb '12	Mar '12	Apr '12	Mag '12	Giu '12	Lug '12	Ago '12	Set '12	Ott '12
R1	Processo di implementazione dell' <i>Aseguramiento Universal en Salud</i> del Ministero di Salute del Perù nelle Province di Bagua e Condorcanqui (Regione di Amazonas), Datem el Marañon (Regione di Loreto).	A.1.1	Elaborazione di un diagnostico di base della gestione decentralizzata dell' <i>Aseguramiento Universal en Salud</i> (AUS) nelle aree identificate.	N° 3 documenti di implementazione dell'AUS validati dal MINSA.	Documento diagnostico.												
		A.1.2	Elaborazione di raccomandazioni per il rafforzamento delle reti e microreti di salute nelle aree identificate.		Documento di raccomandazioni.												
		A.1.3	Definizione e implementazione di un processo formativo del personale sanitario ed amministrativo incaricato della gestione dell'AUS a livello decentrato, nelle aree identificate.		Piano curriculare del percorso formativo, materiale didattico, materiale promozionale, materiale audiovisivo prodotto.												

R 2	Operativizzazione del Fondo Nazionale per le Malattie d'Alto Costo (FISSAL) sostenuta.	A.2.1	Sostegno all'organizzazione di spazi per la diffusione di buone pratiche e sviluppo di capacità per l'approccio delle malattie d'alto costo.	N° 2 eventi organizzati N° 1 Piano di formulazione di un marco giuridico e tecnico.	Programmi eventi, liste dei partecipanti, materiale documentale e audiovisivo prodotto.														
		A.2.2	Assistenza tecnica all'implementazione di un Piano per la formulazione di un quadro tecnico-normativo per il finanziamento e l'operativizzazione del FISSAL.		Documento del modello e documento di validazione del modello.														
R 3	Appoggio all'implementazione del "Plan de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria en Salud Renovada" continuato.	A.3.1	Accompagnamento della Commissione Tecnica incaricata nell'implementazione della Terza Fase del Piano di Rafforzamento dell'APS RINNOVATA.	Partecipazione della Cooperazione Italiana all'80% delle riunioni della Commissione Tecnica per il rafforzamento del Primo livello assicurata. N° 3 documenti normativi operativi per l'implementazione del MAIS-BFC promulgati. N° 2 documenti ENSAP validati dal MINSA. N° 42 equipe base di salute familiare e comunitaria formati.	Piano di lavoro, lista dei partecipanti e verbali delle riunioni della Mesa.														
		A.3.2	Elaborazione della normativa operativa per l'implementazione del MAIS-BFC.		Documenti normativi elaborati.														
		A.3.3	Assistenza tecnica al processo di ricostituzione dell'ENSAP		Documenti/tecnico normativi di ricostituzione della ENSAP.														
		A.3.4	Contribuire all'implementazione della seconda fase del PROFAM		Ricevute di pagamento borse di studio, report sull'implementazione (processo e prodotto) della II Fase.														
R 4	Sostenuta la Direzione Generale per la Cooperazione Internazionale del MINSA nel coordinamento dei Fori di Coordinamento Interagenziali Nazionali e Regionali in Salute.	A.4.1	Sistematizzazione e pubblicazione dei risultati del lavoro del Tavolo Interagenziale dei Donatori in Salute 2011.	N° 2 documenti prodotti e validati dal Tavolo Interagenziale dei Donatori in Perú. N° 1 Edizione del Diplomato in Diplomazia e Salute Globale realizzato.	Pubblicazione dei risultati del Tavolo 2011.														
		A.4.2	Definizione e Accompagnamento alla Direzione Generale di Cooperazione Internazionale del Ministero della Salute del Perú (OGCI) nell'Implementazione dei Piani di Lavoro dei Fori di Coordinamento Interagenziali Nazionali e Regionali in Salute per l'anno 2012		Piano di lavoro, lista dei partecipanti e verbali delle riunioni del Tavolo dirette alla sua elaborazione.														
		A.4.3	Realizzazione della prima edizione del Diplomato in salute internazionale, cooperazione e relazioni internazionali.		Liste di assistenza, materiale didattico, fotografie e filmati delle lezioni del Diplomato.														

5.2 Obiettivo generale, obiettivo specifico

Il presente intervento ha come **obiettivo generale** il sostegno al Ministero di Salute del Perù nella missione di garantire il diritto pieno e progressivo di ogni persona alla sicurezza sociale in salute.

L'**obiettivo specifico** è quello di consolidare il processo di assistenza tecnica italiana alla Riforma del Sistema Nazionale di Salute del Perù, articolata nelle tre linee strategiche: *Aseguramiento Universal en Salud*, Rafforzamento dell'Attenzione Primaria, e Decentramento.

Il meccanismo che si intende rafforzare mira anche a favorire il processo di coordinamento nazionale delle iniziative pubbliche nel settore salute, consolidando *de facto* il 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.

5.3 Risultati attesi ed attività

Il presente intervento intende raggiungere 6 risultati fondamentali:

- 1* **R1:** Processo di implementazione dell'*Aseguramiento Universal en Salud* del Ministero di Salute del Perù nelle Province di Bagua e Condorcanqui (Regione di Amazonas), Datem el Maraño (Regione di Loreto).
- 2* **R2:** Operativizzazione del Fondo Nazionale per le Malattie d'Alto Costo (FISSAL) sostenuta.
- 3* **R3:** Appoggio all'implementazione del "Plan de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria en Salud Renovada" continuato.
- 4* **R4:** Sostenuta la Direzione Generale per la Cooperazione Internazionale del MINSA nel coordinamento dei Fori di Coordinamento Interagenziali Nazionali e Regionali in Salute.

Il **primo risultato** della II Fase del Programma è rivolto al sostegno della riforma dell'*Aseguramiento Universal de Salud*. Tale programma prevede, come noto, che tutta la popolazione residente sul territorio nazionale disponga di un'assicurazione sanitaria che permetta di accedere ad un set di prestazioni di salute di carattere preventivo, promozionale, recuperativo e riabilitativo, in condizioni adeguate di efficienza, equità, opportunità, qualità e dignità, sulla base del *PEAS – Plan Esencial de Aseguramiento en Salud*. La riforma dell'AUS è strettamente correlata con il piano di decentralizzazione trasversale a tutti i settori pubblici, avviatosi nel 2001. In particolare, rispetto al processo di decentralizzazione in salute si è già provveduto con il trasferimento del 100% delle funzioni e competenze da svilupparsi a livello regionale. Per questa ragione, la II Fase, come già la prima, affronterà il tema dell'AUS, in un'ottica decentrata. In particolare, considerando che durante la prima fase, il Programma ha appoggiato il Ministero di Salute nel difficile compito di armonizzare la riforma dell'AUS con il decentramento in salute, aiutandolo ad identificare meccanismi di dialogo, articolazione e gestione della salute pubblica tra il governo nazionale e quelli regionali/locali, in questa seconda fase, si propone di implementare detti meccanismi nelle aree geografiche identificate, attraverso:

Att. 1.1 Elaborazione di un diagnostico di base della gestione decentralizzata dell'Aseguramiento Universal en Salud (AUS) nelle aree identificate.

Att. 1.2 Elaborazione di raccomandazioni per il rafforzamento delle reti e microreti di salute nelle aree identificate.

Att. 1.3 Definizione e implementazione di un processo formativo del personale sanitario ed amministrativo incaricato della gestione dell'AUS a livello decentrato, nelle aree identificate.

Per quanto riguarda le aree geografiche specifiche di intervento, in base a quanto segnalato dalla controparte, si è ravvisata l'esigenza di concentrare il lavoro nelle zone di recente implementazione dell'AUS che hanno pertanto beneficiato di minori investimenti. Quanto precede, anche in considerazione delle auspiccate sinergie tra la presente iniziativa e il nascente schema di credito di aiuto, ad oggi in formulazione.

Il **secondo risultato**, “*Operativizzazione del Fondo Nazionale per le Malattie d'Alto Costo (FISSAL) sostenuta*”, si riferisce al tema della copertura finanziaria delle malattie ad alto costo e complessità. Il Ministero di Salute del Perù all'inizio dell'anno in corso ha avviato un dialogo con gli altri prestatori di servizi sanitari pubblico/privati del paese (ESSALUD, FAAP e ASSICURAZIONI PRIVATE), per definire una strategia comune. Il 6 aprile è stata costituita la *Mesa Nacional para el Financiamiento de las Enfermedades de alto costo*, alla quale è stata invitata a partecipare la Cooperazione Italiana. La Mesa ha come obiettivo prevalente generare un consenso circa il processo di *governance* e le modalità di gestione delle malattie d'alto costo all'interno di una politica sanitaria nazionale. L'obiettivo specifico della Mesa, quindi, è di consolidare l'impegno di istituzioni pubbliche e private, nazionali ed internazionali, nel generare meccanismi solidaristici di finanziamento per la copertura delle malattie d'alto costo per tutti i cittadini peruviani, attraverso concetti riferiti alla gestione, all'adeguamento e perequazione del rischio. L'idea è che ogni membro condivida informazioni, buone pratiche e modelli tanto per la formulazione di un Catalogo delle Malattie d'Alto Costo, quanto per il successivo finanziamento di FISSAL – Fondo Intangibile Solidario de Salud, che la Legge quadro sull'*Aseguramiento Universal de Salud*, indica come una delle fonti utilizzabili per il finanziamento delle malattie d'alto costo.

L'assistenza tecnica italiana in relazione a questa area di risultato si articolerà lungo le seguenti attività:

Att. 2.1 Sostegno all'organizzazione di spazi per la diffusione di buone pratiche e sviluppo di capacità per l'approccio delle malattie d'alto costo.

Att. 2.2 Assistenza tecnica all'implementazione di un Piano per la formulazione di un quadro tecnico-normativo per il finanziamento e l'operativizzazione del FISSAL.

Il **terzo risultato** garantisce il sostegno della Cooperazione italiana al processo di *Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud*, intrapreso dal Ministero della Salute del Perù a fine del 2010 e sostenuto con la I Fase del Programma, attraverso la partecipazione allo sviluppo del Modello di Attenzione Integrale in Salute – Basato sulla Famiglia e sulle Comunità (MAIS-BFC), con particolare attenzione alle reti integrate di servizi di salute, all'approccio alle determinanti sociali della salute ed alle soluzioni possibili di schemi gestionali del primo livello. In questa seconda fase, si vuole consolidare e capitalizzare l'intervento italiano a favore di quella che è senz'altro la linea strategica di riforma più importante e rivoluzionaria fra quelle intraprese. In

particolare, attraverso la presente proposta, si propone di appoggiare l'implementazione e operativizzazione del MAIS-BFC, attraverso:

Att. 3.1 Accompagnamento della Commissione Tecnica incaricata dell'implementazione della Terza Fase del Piano di Rafforzamento dell'Attenzione Primaria in Salute (APS) Rinnovata

Att. 3.2 Elaborazione della normativa operativa per l'implementazione del MAIS-BFC.

Att. 3.3 Assistenza tecnica al processo di ricostituzione dell'ENSAP.

Att. 3.4 Contribuire all'implementazione della seconda fase del PROFAM.

Il **quarto risultato**, si definisce come la componente trasversale all'intera iniziativa. Sostenere la Direzione Generale per la Cooperazione Internazionale del MINSA nel coordinamento dei Fori Interagenziali di Cooperazione Internazionale in Salute, significa contribuire all'applicazione dei principi della Convenzione di Parigi sull'efficacia degli aiuti, che interessa tutte le altre aree di risultato. Le diverse istanze della cooperazione internazionale, governative e non, operanti in Perù nel settore salute intervengono in uno o più dei coordinamenti che interessano le aree di risultato settoriali del programma, quali, ad esempio: la *Mesa de Cooperación Internacional para el Aseguramiento Universal de Salud*, *Mesa Nacional para el Financiamiento de las Enfermedades*, la *Comisión Tecnica para el rediseño e implementación del MAIS-BFC* e la *Comisión Sectorial encargada de diseñar e implementar un Programa de formación en Salud Familiar y Comunitaria*. E' importante in tal senso sottolineare come le crescenti richieste e le manifeste necessità della controparte emerse già dall'inizio delle attività dell'attuale fase orientano nel senso di un rafforzamento di tale aree di risultato, anche nell'ottica di una regionalizzazione degli strumenti di coordinamento. Il sostegno alla Direzione Generale del Minsa per la Cooperazione internazionale di realizzerà attraverso:

Att. 4.1 Sistematizzazione e pubblicazione dei risultati del lavoro del Tavolo Interagenziale dei Donatori in Salute 2011.

Att. 4.2 Definizione e Accompagnamento alla Direzione Generale di Cooperazione Internazionale del Ministero della Salute del Perù (OGCI) nell'Implementazione dei Piani di Lavoro dei Fori di Coordinamento Interagenziali Nazionali e Regionali in Salute per l'anno 2012

Att. 4.3 Realizzazione della prima edizione del Diplomato in salute internazionale, cooperazione e relazioni internazionali.

6. SOSTENIBILITÀ DELL'INIZIATIVA

La linea di base dell'iniziativa in oggetto è stata tracciata ed è costituita dalla Prima fase della stessa e dalla sua realizzazione. Lo studio di fattibilità, il processo di formulazione, la proposta di finanziamento, il Piano Operativo con i successivi adeguamenti, così come e i prodotti risultanti della Prima fase del Programma di Assistenza Tecnica al Ministero della Salute Peruviano, inseriti in una modalità operativa di costante coordinamento e concertazione con le istanze tanto politiche quanto tecniche del Ministero della Salute del Perù assicurano infatti, una base solida per la formulazione e successiva realizzazione della

seconda fase qui proposta. Questa base, in termini di **sostenibilità** futura dell'iniziativa garantisce:

6.1 Sostenibilità istituzionale

L'assistenza tecnica é rivolta ai livelli direttivi e funzionali del MINSA, ma anche al personale tecnico-amministrativo delle locali Direzioni di Salute. L'assistenza, inoltre, come già si è avuto modo di sottolineare (e come più dettagliatamente si specifica nel seguente capitolo della proposta), si realizza attraverso modalità partecipate, coordinate e concertate, in maniera tale che le proposte (i.e. modelli, diagnostici, percorsi formativi) prodotto dell'assistenza possano essere assimilati nella politica pubblica sanitaria e sostenuti dalle istanze corrispondenti oltre la durata fisiologica del Programma. I momenti formativi previsti all'interno del processo, inoltre, non solo assicurano la sostenibilità istituzionale dell'iniziativa, ma anche la disseminazione e replica dei risultati della stessa.

6.2 Sostenibilità finanziaria

L'assistenza tecnica si definisce naturalmente come un intervento sostenibile. Con eccezione delle voci del Fondo in loco rivolte alla realizzazione di attività a sostegno delle aree di assistenza tecnica (eventi di formazione e comunicazione, attività di sistematizzazione, divulgazione e ricerca), la maggior parte delle risorse finanziarie impiegate sono rivolte ad orientare il Ministero nella definizione di linee di base, strategie e normative che orientino il suo operato e, di conseguenza, l'allocazione di risorse proprie già esistenti, garantendone, quindi la sostenibilità finanziaria.

7. STRATEGIA DI ATTUAZIONE E SUPPORTO

7.1. Componente in gestione diretta ed articolazione del fondo esperti

Come suindicato la modalità di intervento si articolerà attraverso l'invio di esperti in breve missione, per un totale di 02 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 Generale 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 meccanismi di finanziamento delle malattie d'alto costo, l'attenzione primaria alla salute, la decentralizzazione dei sistemi di salute, il dibattito regionale in tema 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 confermato 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 sostenere il corretto coordinamento dell'intervento a livello locale. A tal fine sarà indispensabile garantire un continuo flusso operativo e comunicativo con la Direzione Generale di Cooperazione Internazionale del Minsa sia per definire le dimensioni tecniche che per agilizzare le componenti procedurali interne. Tale risorsa umana altresì sarà indispensabile per assistere la supervisione degli aspetti amministrativo-logistici del progetto, così come per quanto attiene il cronogramma di attività degli esperti DGCS.

Questi continuerà altresì ad avere 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 un assistente esecutivo, che sosterrà la corretta esecuzione del progetto e supportare in termini logistici l'organizzazione delle missioni. 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 il consolidamento della 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.

Un punto di forza dell'intervento sarà la capacità di consolidare le sinergie con attori locali italiani dell'Aiuto Internazionale quali quelli associati ai canali della cooperazione universitaria e decentrata 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 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 il cambio 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 (Instituto 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. TERMINI DI RIFERIMENTO ESPERTI

11.1. Termini riferimento esperti a valere sul fondo esperti DGCS

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

- Salute pubblica
- Economia della salute
- Institutional Building

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

- **Senior Public Health Officer:** Esperto in sistemi di salute pubblica con estensiva esperienza, almeno 15 anni, di gestione di programmi sociosanitari e comprovata esperienza in settori chiave quali sistemi di riferimento e contro riferimento, salute riproduttiva e salute materno – infantile.
- **Junior Public Health Specialist:** Esperto sanitario junior con comprovata competenza delle dinamiche e delle politiche di salute pubblica, indispensabile la conoscenza professionale parlata e scritta della lingua spagnola. Altamente auspicata l'esperienza pregressa del contesto sanitario peruviano.
- **Junior Primary Health-Care Specialist:** Esperto sanitario junior con comprovata competenza del funzionamento della salute di base in Italia, Indispensabile la conoscenza professionale parlata e scritta della lingua spagnola. Altamente auspicata l'esperienza pregressa del contesto sanitario peruviano.

Per quanto concerne il secondo settore si prevede il ricorso a due profili di *expertise* quali:

- **Senior Health Economist:** Esperto in economia della salute con esperienza nel contesto della ricerca socio-sanitaria comparata, dello sviluppo istituzionale e della creazione e sviluppo di reti di ricerca, e comprovata esperienza nel settore della legislazione sanitaria.
- **Junior Health Economist:** Esperto in economia della salute con esperienza nel contesto dei modelli e meccanismo di finanziamento dei sistemi sanitari.

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

- **Junior Institution Building Expert:** Esperto in institution building con pregresse esperienze in iniziative socio sanitarie. Comprovata esperienza professionale di almeno 3 anni nel quadro dell'aiuto bilaterale e multilaterale, e competenze specifiche in institution e capacity building e coordinamento interistituzionale. Altamente

preferibile la conoscenza professionale del contesto politico-istituzionale andino e peruviano.

12. ANALISI DEI COSTI E BILANCIO PREVENTIVO DI SPESA

Il preventivo di spesa dell'intervento è indicato nello schema alla pagina dell'Allegato 1 – Piani Finanziari. Le categorie dettagliate nella presente proposta di finanziamento possono sostanzialmente sintetizzarsi come segue:

- 1 Esperto in riforma sistemi sanitari senior;
- 1 Esperto in salute pubblica senior;
- 2 Esperti in salute pubblica junior;
- 1 Esperto giurista/economista sanitario senior;
- 2 Esperti giurista/economista sanitario junior;
- 1 Esperto junior in *institution building*;
- 1 Esperto in medicina di base junior;
- 1 Coordinatore reclutato localmente;

Il costo totale per il personale esperto espatriato è pari a Euro 111.756,00. Tale importo permetterà il reclutamento di vari esperti per 7 mesi uomo per l'area di salute pubblica, 2 mese uomo per l'area della medicina di base, 4 mesi uomo per l'area di economia e legislazione sanitaria, 1 mesi uomo per l'area di riforma dei sistemi di salute ed infine 12 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 92.000,00 Euro. I costi delle risorse umane reclutate ed assunte in loco ascende a 40.500 Euro. Tale cifra permetterà il reclutamento di un coordinatore assunto in loco (22.500 Euro). I costi stimati di oneri previdenziali e contributivi, ammontano, per entrambe le figure a 18.000 Euro. Inoltre, questa seconda fase, come la prima, conta su un fondo per il finanziamento di attività in appoggio alle aree di assistenza tecnica così composto:

- Eventi di formazione e comunicazione (25.000 Euro). In particolare queste risorse verranno impiegate per il finanziamento di due percorsi di alta formazione: il Diplomato in salute internazionale, cooperazione e relazioni internazionali e la Seconda fase del Programma Nazionale in Salute Familiare e comunitaria. Due iniziative fondamentali nel quadro dell'implementazione del Nuovo Modello di Salute del Perù.
- Attività di sistematizzazione, divulgazione e ricerca (15.000 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 (4.000 Euro). Infine gli altri costi preventivati, sono spese minime relative alla manutenzione e corretto funzionamento del progetto, quali utenze (luce, internet, telefono), attrezzature d'ufficio, cancelleria e stampati, e postali (7.500 Euro). Il personale del progetto usufruirà degli spazi dell'Ufficio di Cooperazione dell'Ambasciata d'Italia in Lima.

Tutti i costi saranno ulteriormente dettagliati da un piano operativo generale, che verrà preventivamente scrutinato ed approvato 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.

13. 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 **203,756.00** eseguibile in gestione diretta da parte di questa DGCS.

14. ALLEGATI

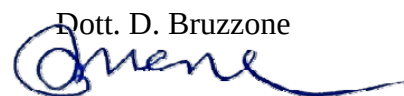
Allegato 1: Quadro Logico e Cronogramma

Allegato 2: Piani finanziari

Allegato 3: Richiesta finanziamento Seconda fase del Programma Ministro della Salute del Perù

L'Esperto D.G.C.S. UTC

Dott. D. Bruzzone



Visto, Il Funzionario preposto alla UTC

Min. Plen. Pier Francesco ZAZO