



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

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

**Valutazione tecnica**

Abril 2013

## ***SINTESI DEL DOCUMENTO E RESPONSABILI***

<b>Paese:</b>	Perù
<b>Titolo:</b>	III Fase - Programma di Assistenza Tecnica al Ministero della Salute peruviano nel quadro del Programma Nazionale “Aseguramiento Universal de Salud”
<b>Importo totale:</b>	<b>75.000,00 Euro</b>
<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 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 whole initiative is carried out as a bilateral aid with a contribution of 75.000,00 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:** Efficacia e Gender.

**Responsabile tecnico dell'iniziativa:** Dott. Felice Longobardi – Direttore UTL regionale di La Paz. 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.

## **INDICE**

SINTESI DEL DOCUMENTO E RESPONSABILI.....	ii
SUMMARY .....	ii
INDICE .....	iv
SIGLE E ACRONIMI.....	v
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 .....	5
3.4 La Cooperazione Italiana in Perù.....	11
4. DOCUMENTAZIONE: ANALISI E BASE CONOSCITIVA .....	14
5. DESCRIZIONE DELL'INIZIATIVA E STRATEGIA DI INTERVENTO .....	16
5.1 Quadro Logico – Allegato 1 .....	16
5.2 Obiettivo generale, obiettivo specifico .....	18
5.3 Risultati attesi ed attività.....	18
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 .....	21
9. FATTORI DI RISCHIO .....	21
10. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE .....	21
11. TERMINI DI RIFERIMENTO ESPERTI.....	22
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 .....	23
13. CONCLUSIONE E PROPOSTA .....	27
14. MARKERS EFFICACIA.....	31

## ***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
MINSA	<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, 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.

Nel marzo 2009, l'allora 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, ex 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. La seconda fase dell'iniziativa era rivolta al consolidamento dei risultati della prima fase, con l'introduzione di qualche novità, come l'appoggio italiano nella definizione della struttura e dei meccanismi di funzionamento del Fondo Solidario per le Malattie d'Alto Costo.

La terza fase dell'iniziativa, che viene presentata in questo documento di valutazione tecnica è rivolta, in particolare, al consolidamento dei due più importanti risultati raggiunti nelle due fasi precedenti, quello del rafforzamento istituzionale della Direzione Generale per la Cooperazione Internazionale del Ministero di Salute e quello dell'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"*, indicati come prioritari anche dall'attuale gestione ministeriale.

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

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

Il processo di assistenza tecnica specializzata collaudato nella prima e nella seconda 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 concludere l'accompagnamento al Ministero della Salute nei risultati maturati e nei prodotti realizzati sino ad oggi, in due settori chiave come il rafforzamento della salute primaria e la medicina familiare.

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 terza fase avrà un focus regionale a sostegno dei Fori di Coordinamento quali Unasur e REMSAA, 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 socio-sanitario 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, per garantire il corretto coordinamento fra le istanze locali e il personale esperto, 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.°36 Marzo 2009), distribuiti in modo disomogeneo su una superficie di 1.285.216 Km<sup>2</sup>. 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, sono stati osservati cambi notevoli nella composizione della popolazione, con particolare riferimento all'aumento del numero di anziani. Negli ultimi cinquant'anni, infatti, si è duplicato l'indice di invecchiamento, il quale dovrebbe ulteriormente duplicarsi nei prossimi vent'anni. La speranza di vita alla nascita è attualmente di 71.2 anni e tutte le regioni del paese hanno mostrato un incremento di questo indicatore negli ultimi trent'anni.

Dal 1950 il tasso di mortalità in Perù ha presentato una tendenza discendente, la quale, in gran parte, è attribuita a la diminuzione della mortalità infantile. L'aspettativa di vita di un peruviano è di 52 anni, la maggior parte dei decessi si verificano prima dei 63 anni. In alcune delle regioni più povere del paese (Pasco, Huánuco, Ucayali y Madre de Dios), l'aspettativa di vita è mediamente sotto i 45 anni e più della metà delle morti accade prima dei 50.

Le infezioni respiratorie acute, le malattie del sistema urinario e le malattie dell'apparato circolatorio, sono le principali cause di morte con tassi percentuali, rispettivamente del 83.5, 28.0 e 25.9 ogni 100 mila abitanti. Le morti per cirrosi, gli eventi di intenzione non determinata (principalmente incidenti automobilistici), l'HIV-AIDS e la tubercolosi sono maggiori con relazione agli uomini.

Nell'ambito rurale, le morti prodotte da evento di intenzione non determinata, i disturbi respiratori del periodo perinatale e le patologie chirurgiche di emergenza come l'appendicite, presentano tassi di mortalità superiori alla media nazionale.

Rispetto alla morbilità, le malattie delle vie respiratorie superiori occupano il primo luogo come causa di consulta esterna negli ambulatori. Questo andamento si osserva a tutti i livelli di povertà, in ambito rurale e urbano.

Secondo lo Studio sulla carica di malattia del Perù del 2004, si sono persi circa 5`557,699 anni di vita salubre a causa di disabilità, cosa che rappresenta una perdita di 201.8 AVISA per ogni 1000 abitanti, maggiormente fra gli uomini.

Le malattie non trasmissibili (60%) sono la principale causa di perdita di AVISA, seguite dalle malattie trasmissibili materne, perinatali e nutrizionali (27.6%) e dagli incidenti e lesioni (12.2%).

La maggior carica di malattia si presenta nel gruppo dei minori di 5 anni e maggiori di 60. Nel primo caso le cause principali corrispondono alla anossia-asfissia, trauma del parto, infezioni respiratorie, nascite premature, anomalie congenite cardiache, malnutrizione e diarrea. Nel secondo caso, si tratta maggiormente di malattie non trasmissibili, quali: infezione alle vie respiratorie, malattie cardiovascolari ischemiche, malattie cerebro-vascolari, degenerazione cerebrale, nefrite, diabete, catarata, cirrosi e tumore maligno dello stomaco.

D'accordo al Piano Nazionale Concertato di Salute, si sono identificati i seguenti Problemi Sanitari, Problemi del Sistema di Salute e Problemi delle determinanti della Salute, che si dettagliano a seguire.

#### Problemi Sanitari:

In Perù, si sono sviluppate differenti esperienze e processi tecnici e sociali per identificare i principali problemi sanitari, così come iniziative politiche di concertazione e coordinamento per dirigere gli sforzi e le risorse economiche per affrontarli. Le principali problematiche sanitarie possono essere così riassunte:

- ALTA MORTALITÀ MATERNA, principalmente nelle zone più povere e più escluse del paese, dovute principalmente all'elevato tasso di gravidanze di adolescente, complicazioni del parto e del puerperio, inaccessibilità a metodi di pianificazione familiare.
- ALTA MORTALITÀ INFANTILE, causata principalmente da problema perinatali, malattie diarroiche acute, infezioni respiratorie acute, principalmente nei territori più poveri ed esclusi del paese.
- ALTA PERCENTUALE DI DENUTRIZIONE CRONICA INFANTILE (calorica-proteica e deficienza di micronutrienti), principalmente nei territori più poveri ed esclusi del paese.
- DEFICIENTE SALUTE MENTALE NELLA POPOLAZIONE. Alta prevalenza di violenza intrafamiliare, bande, violenza sociale, dipendenze, malattie neuropsichiatriche (depressione, psicosi, tentativi di suicidio).
- ALTA PREVALENZA DI MALATTIE TRASMISSIBILI (malaria tubercolosi, HIV-AIDS).
- ALTA PREVALENZA DI MALATTIE TRASMISSIBILI REGIONALI (dengue, bartonellosi, chagas, leishmaniosi, peste).
- ALTA MORTALITÀ DA TUMORE (collo uterino, mammella, prostata, stomaco, polmoni, pelle e bocca).
- INCREMENTO DELLE MALATTIE CRONICO-DEGENERATIVE (diabete, ipertensione arteriale, malattie ischemiche del miocardio, incidenti cerebro-vascolari, cecità dovuta alla cataratta).

- PERSISTENZA DI MALATTIE IMMUNOPREVENIBILI (Epatite B, febbre gialla, TBC, pertosse, fiteria e tetano neonatal).
- INCREMENTO DELLE MALATTIE PER CAUSE ESTERNE (incidente, lesioni intenzionali).
- INCREMENTO DELLA DISABILITÀ (o hándicap mentale o físico).
- ALTRA PREVALENZA DI MALATTIE DELLA CAVITÀ ORALE.

#### Problemi del Sistema di Salute:

Negli ultimi anni, si sono messe in moto una serie di iniziative di modernizzazione dello Stato peruviano e di riforma del settore salute. I cambi di struttura e funzionamento settoriali, tali come il decentramento, le autonomie istituzionali, l'enfasi nel controllo e recupero dei costi e del disegno di pacchetti base di attenzione sanitaria, esigono identificare i problemi del sistema di salute in questo nuovo scenario.

A seguire una lista dei principali problemi dell'attuale sistema di salute peruviano.

- INSUFFICIENTE COPERTURA ASSICURATIVA IN SALUTE, principalmente per mancanza di risorse economiche.
- DECENTRAMENTO DEL SETTORE SALUTE INCOMPLETA, dovuta in parte alla permanenza di certe funzioni in capo al livello centrale di governo, in parte all'incapacità parziale per l'esercizio delle funzioni trasferite.
- INSUFFICIENTE QUALITÀ DEI SERVIZI per mancanza di standard definiti e relative iniziative di supervisione e monitoraggio.
- INADEGUATA OFFERTA DEI SERVIZI: infrastruttura ed equipaggiamento insufficienti, servizi frammentati, deficiente organizzazioni delle reti.
- INSUFFICIENTE ATTENZIONE ALLE POPOLAZIONI ESCLUSE ED ISOLATE.
- INADEGUATO SVILUPPO DELLE RISORSE HUMANE: localizzazione impari delle risorse umane qualificate, mancanza di regolamentazione della formazione professionale, mancanza di conciliazione fra offerta e domanda.
- DEFICIENTE ACCESSO, CALIDAD y DISPONIBILITÀ DI MEDICAMENTI, specialmente nei settori più poveri.
- DEFICIENTE FINANZIAMENTO DEL SETTORE, a cui si aggiunge la distribuzione inequitativa del finanziamento.
- DEFICIENTE RUOLO RETTORE DEL MINSA.
- DEFICIENTE SISTEMI DI INFORMAZIONE.
- SCARSA PARTECIPAZIONE CITTADINA.
- DEFICIENTE PROSPETTIVA INTERCULTURALE.

#### Problemi delle Determinanti della Salute:

Le determinanti sociali della salute, esercitano una profonda influenza sull'aumento o la riduzione di fattori negativi delle malattie e per la promozione della salute. La situazione delle determinanti della salute in Perù, sta limitando, fra le altre cose, lo sviluppo umano delle popolazioni più povere del Paese.

La situazione delle determinanti della salute in Perù, sta limitando lo sviluppo umano delle fasce più povere della popolazione, riducendo di fatto le sue opportunità ed il godimento dei propri diritti. Le principali problematiche, legate alle determinanti della salute in perù, possono essere così riassunte:

- IGIENE BASE (inadeguata eliminazione degli escrementi e dell'immondizia).

- ESCLUSIONE SOCIALE.
- INQUINAMENTO AMBIENTALE.
- SALUTE OCCUPAZIONALE E SICUREZZA SUL LAVORO quasi inesistenti.
- SICUREZZA ALIMENTARE E NUTRIZIONE: gravi inadempienze.
- SICUREZZA CITTADINA LIMITATA: alto numero di lesioni indotte da terzi e incidente automobilistici.
- EDUCAZIONE: bassi livelli educativi ed elevate differenze educative, specialmente nelle donne delle zone rurali.

Risposta ed organizzazione del settore salute nel Perù

L'attuale politica sanitaria del Paese si sviluppa a partire dagli Obiettivi di Sviluppo del Millenni, dall'Accordo dei Partiti Politici del marzo del 2006, dall'Accordo dei Partiti Politici sul finanziamento dell'Aseguramiento Universal en Salud del 2010, dai Lineamenti della Politica in Salute 2002-2012 e dal Piano Nazionale Concertato approvato nel 2007.

Su questa base, l'attuale gestione governativa ha determinato i seguenti obiettivi sanitari:

- diminuzione della denutrizione cronica infantile
- la diminuzione della mortalità materna e infantile;
- il controllo delle malattie trasmissibili;
- il controllo delle malattie croniche e degenerative.

L'attuale Sistema di Salute del Perù, si divide in due settori: quello pubblico e quello privato. Per il finanziamento dei servizi di salute, il settore pubblico si divide, a sua volta, in regime sussidiato o contributivo indiretto (SIS) e regime contributivo diretto (EsSALUD), che corrisponde alla sicurezza sociale.

La prestazione dei servizi di salute del regime sussidiato si realizza attraverso la rete degli stabilimenti di salute del Ministero di Salute (MINSA), ospedali e istituti specializzati, che si trovano nelle differenti regioni del paese e nella capitale della Repubblica.

Il sistema contributivo diretto, invece, offre i propri servizi di salute attraverso due tipi di entità pretratrici di servizi: gli stabilimenti propri del sistema mutualistico EsSALUD e le istanze private (con la Ley de Modernización de la Seguridad Social del 1997).

I militari, i poliziotti e le loro famiglie accedono ad un sottosistema di salute integrato dalle Sanità delle Forze Armate (FFAA) e della Polizia Nazionale del Perù (PNP).

Il settore privato, particolarmente, si divide in privato lucrativo e privato non lucrativo. Formano parte del primo: assicurazioni, cliniche specializzate e non specializzate, centri medici e policlinici, consultori medici e odontologici, laboratori, servizi di diagnostica per immagini e stabilimenti di salute di alcune imprese minerarie, petroliere e dello zucchero.

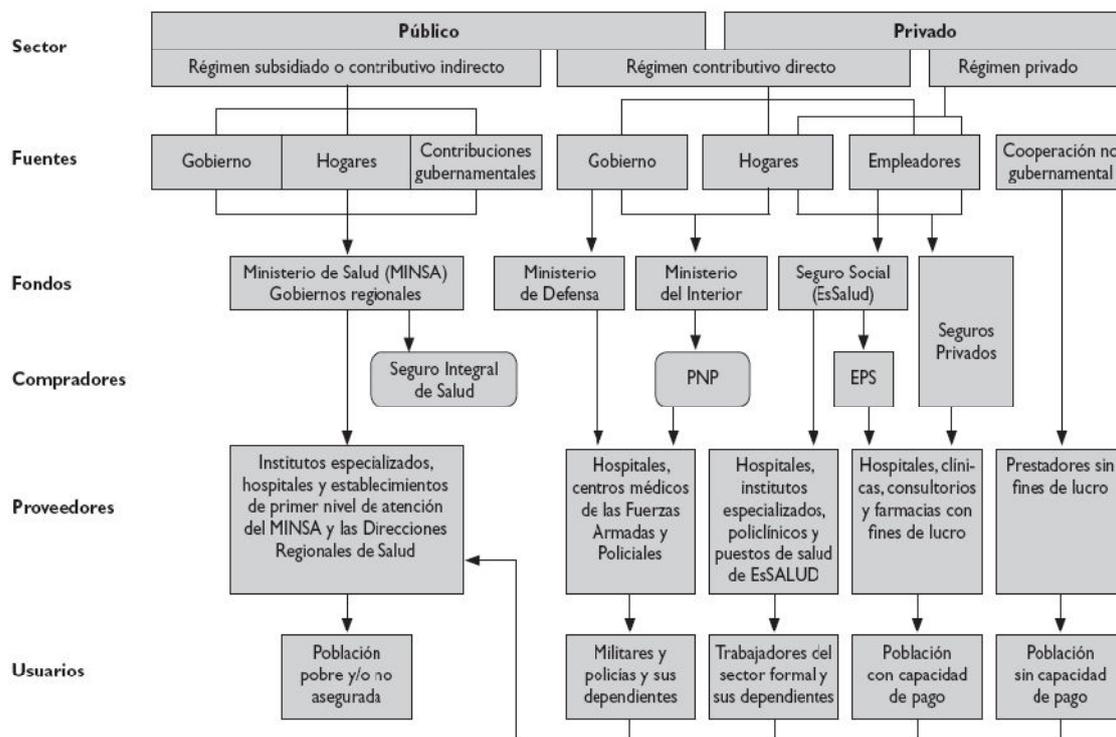
Infine, si considerano prestatori informali di servizi di salute i prestatori di medicina tradizionale.

Il settore privato non lucrativo è composto da organismi nazionali ed internazionali quali ONG, Croce Rossa Internazionale, Compagnie di Pompieri Volontari, organizzazioni sociali delle chiese, tra gli altri.

La maggior parte dei servizi di primo livello ricevono frequentemente risorse finanziarie di cooperanti esterni, donatori interni, governi e privati.

Nel grafico che segue, si offre una visione schematica del sistema sanitario peruviano incorporando i differenti attori dei due settori, pubblico e privato.

Grafico 1 Organizzazione del Sistema di Salute peruviano



In Perù si sono realizzati tre censimenti delle infrastrutture sanitarie del settore salute (1992, 1996 y 2005). Nel 2005 si sono registrati 8.055 stabilimenti di salute, dei quali il 93% appartiene al settore pubblico. Al settore privato appartengono 564 stabilimenti.

L'attuale gestione in salute, ha proposto la convergenza di tutti gli attori della salute in un unico grande sistema sanitario nazionale, contributivo/sussidiato/privato, a partire dalla fusione tra il sistema sussidiato e quello contributivo pubblico. Si tratta di un passo storico verso il riconoscimento pieno del diritto alla salute universale ed egalitario.

Nello schema a seguire si mostra l'andamento delle infrastrutture sanitarie dal 2004 al 2009.

Tabla 1 Establecimientos del Sector Salud, Perú, 2004 - 2009

Año	Hospitales	Centros de salud	Puestos de salud	Total
2004	441	1926	5591	7958
2005	453	1932	5670	8055
2006	463	1972	5802	8237
2007	470	1990	5835	8295
2008	485	2049	6010	8544
2009	469	2321	6165	8955

Nel sistema sanitario nazionale lavorano circa 180.000 lavoratori, di cui 123.663 del MINSA, 36.063 di EsSalud, 7.230 dei privati e 14.587 delle Forze Armate e della Polizia Nazionale.

Del totale dei professionisti della salute, il 13% sono medici, il 13% infermieri, il 6% ostetrici,

42% tecnici ed ausiliari sanitari e 18% personale amministrativo, il restante 8% concentra differenti categorie occupazionali. Nella distribuzione del personale sanitario si riflette la persistenza dell'accentramento della capitale e della costa urbana.

Nel 2009 la densità media di professionisti della salute per ogni 100 abitanti era di 9.2 per i medici, 9.5 per gli infermieri, 3.3 per gli ostetrici. Nonostante ciò Lima concentra il 53.19% dei medici, il 40.23 degli infermieri e il 41.47 dei tecnici ed ausiliari della salute.

### ***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 dello strumento normativo 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.

#### ***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.

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 Integrata in Salute) su Basato in Famiglia e Comunità: MAIS-BFC, promulgato a giugno del 2011 mediante Decreto Ministeriale. 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 è resa necessaria una serie di documenti tecnici e normativi, tra cui le Linee Guida per l'implementazione del modello stesso, rispetto ai quali la Cooperazione italiana ha continuato a offrire il suo contributo mediante la seconda fase dell'iniziativa ed ora la sua terza edizione.

### ***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 beneficiate (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.
- Metcalf, 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															
<b>Obiettivo generale</b>		Sostenere il Ministero di Salute del Perù nella missione di garantire il diritto pieno e progressivo di ogni persona alla sicurezza sociale in salute																		
<b>Obiettivo specifico</b>		Rafforzare la capacità del Ministero di Salute del Perù a formulare ed implementare in forma efficace, efficiente e sostenibile, il processo di riforma del settore, avvalendosi anche delle migliori pratiche italiane in materia di finanziamento, attenzione primaria e decentramento.		N° 07 Esperti italiani in salute pubblica, economia sanitaria e istituzional building, collaborano con il MINSa nella formulazione e implementazione delle linee strategiche di riforma.	Documenti normativi ed operativi elaborati e promulgati con l'appoggio dell'assistenza tecnica italiana.															
R	RISULTATI	Cod.	ATTIVITA'	INDICATORI DI RISULTATO	FONTI DI VERIFICA	CRONOGRAMMA (12 mesi)														
						Ott '13	Nov '13	Dic '13	Gen '14	Feb '14	Mar '14	Apr '14	Mag '14	Giu '14	Lug '14	Ago '14	Sett '14			
R1	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.1.1	Att. 1.1 Accompagnamento della Commissione Tecnica incaricata dell'implementazione della Terza Fase del Piano di Rafforzamento dell'Attenzione Primaria in Salute (APS) Rinnovata.	Partecipazione della Cooperazione Italiana all'80% delle riunioni della Commissione Tecnica per il rafforzamento del Primo livello assicurata.	Piano di lavoro, lista dei partecipanti e verbali delle riunioni della Mesa.															
A.1.2		Elaborazione della normativa operativa per l'implementazione del MAIS-BFC.	N° 2 documenti normativi operativi per l'implementazione del MAIS-BFC promulgati.	Documenti normativi elaborati.																
A.1.3		Assistenza tecnica al processo di ricostituzione dell'ENSAP	N° documenti ENSAP validati dal MINSa. N° 1 report supervisione	Documenti/tecnico normativi di ricostituzione della ENSAP.																

		<b>A.1.4</b>	Contribuire all'implementazione della seconda fase del PROFAM	implementazione PROFAM.	Ricevute di pagamento borse di studio, report sull'implementazione (processo e prodotto) della II Fase.														
<b>R2</b>	<b>Sostenuta la Direzione Generale per la Cooperazione Internazionale del MINSA nel coordinamento dei Fori di Coordinamento Interagenziali Nazionali e Regionali in Salute.</b>	<b>A.2.1</b>	Sistematizzazione e pubblicazione dei risultati del lavoro del Tavolo Interagenziale dei Donatori in Salute 2013.	Nº 2 documenti prodotti e validati dal Tavolo Interagenziale dei Donatori in Perú.	Pubblicazione dei risultati del Tavolo 2014.														
		<b>A.2.2</b>	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 2014.		Piano di lavoro, lista dei partecipanti e verbali delle riunioni del Tavolo dirette alla sua elaborazione.														

## **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 rafforzare la capacità del Ministero di Salute del Perù nel formulare ed implementare in forma efficace, efficiente e sostenibile, il processo di riforma del settore, avvalendosi anche delle migliori pratiche italiane in materia di finanziamento, attenzione primaria e decentramento.

Il meccanismo che si intende rafforzare mira anche continua 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 consolidare i 2 risultati fondamentali formulati nelle precedenti due fasi:

- 1\* **R1:** 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.
- 2\* **R2:** 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** 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 e la II Fase del Programma, attraverso la partecipazione allo sviluppo del Modello di Attenzione Integrale in Salute – Basato sulla Famiglia e sulle Comunità (MAIS-BFC) ed alla relativa Guida di Implementazione. In questa terza 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. 1.1 Accompagnamento della Commissione Tecnica incaricata dell'implementazione della Terza Fase del Piano di Rafforzamento dell'Attenzione Primaria in Salute (APS) Rinnovata.

Att. 1.2 Elaborazione della normativa operativa per l'implementazione del MAIS-BFC.

Att. 1.3 Assistenza tecnica al processo di ricostituzione dell'ENSAP.

Att.1.4 Contribuire all'implementazione della terza fase del PROFAM e relativa sistematizzazione dell'esperienza.

Il **secondo 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 Técnica 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, las Reuniones de Ministros y Ministras de Salud del Area Andina*. E' importante in tal senso sottolineare come le crescenti richieste e le manifeste necessità della controparte emergono 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. 2.1 Sistematizzazione e pubblicazione dei risultati del lavoro del Tavolo Interagenziale dei Donatori in Salute 2013.

Att. 2.2 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 2014.

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

La linea di base del programma in oggetto è stata tracciata ed è costituita dalla prime due fasi della iniziativa stessa. 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 è 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. Seppure il presente documento non prevede il rifinanziamento del fondo esperti, l'assistenza tecnica sarà garantita grazie al saldo esistente di quanto, stanziato nelle prime due fasi dell'iniziativa.

Si prevede il ricorso ad esperti in aree settoriali cruciali, relativamente agli indicatori di risultato, fra le quali *salute pubblica* e *institutional and capacity building, resource mobilisation*. Si conferma altresì, il ruolo del coordinamento in loco dell'iniziativa che opererà per tutta la durata dell'intervento, che garantirà, come nelle precedenti fasi, 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.

In questo senso, 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, ancora una volta, 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 la relativa instabilità dello scenario politico, che ha portato l'attuale presidente dell'esecutivo, il Presidente della Repubblica Ollanta Humala, a cambiare per ben 3 volte in un anno di Governo, il Primo Ministro e diversi Ministri, tra cui quello di salute, che si è tradotto 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 realizzeranno attività di monitoraggio e supervisione, 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 saldo del fondo esperti DGCS derivante dalla Prima e dalla Seconda Fase dell'iniziativa.**

Si prevede il ricorso a profili di esperti (senior e junior) lungo le due aree prioritarie identificate:

- Salute pubblica
- 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.

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 sell'Allegato 1 – Piani Finanziari,. Come descritto in precedenza non si prevede il rifinanziamento di un fondo esperti, utilizzando pertanto il residuo della prima e della seconda fase del programma

Per quanto riguarda altresì il fondo di gestione in loco, a carico dell'Ambasciata d'Italia in Lima, questo avrà un costo totale di 75.000,00 Euro. I costi delle risorse umane reclutate ed assunte in loco ascende a 60.000,00 Euro. Tale cifra permetterà il rinnovo del contratto del coordinatore assunto in loco (Euro 30.000,00). I costi stimati di oneri previdenziali e contributivi, ammontano, per entrambe le figure a 30.000 Euro. Inoltre, questa terza fase, come nelle precedenti, conta su un fondo per il finanziamento di attività in appoggio alle aree di assistenza tecnica di 10.000 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 (5.000 Euro). Infine gli altri costi, relative alla manutenzione e corretto funzionamento del progetto, quali utenze (luce, internet, telefono), attrezzature d'ufficio, cancelleria e stampati, e postali, saranno sostenuti, un un'ottica di efficacia ed efficienza dal Programma di Cooperazione Socio-Sanitaria Aid 6757, che occuperà lo stesso ufficio di progetto. 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.

A seguire si dettagliano schematicamente i Piani finanziari dell'iniziativa.

**Tab. 1 Fondo in Loco.**

<b>Titolo del programma:</b>	Programma di Assistenza Tecnica al Ministero della Salute peruviano nel quadro del Programma Nazionale "Aseguramiento Universal de Salud" - Seconda Fase
<b>Obiettivo specifico:</b>	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.

N.	Attività	Tempo			Risorse					
		quadrimestri			N.	Codice di spesa	Cod.	Totale		
		1°	2°	3°				Q.	Unitario	Totale
1	Assistenza tecnica fondo esperti				1	Esperti (vedi POG Fondo Esperti)	f			0.00
2	Gestione del programma, segreteria ecc.				1	Coordinatore locale	e.1.1	12	2,500.00	30,000.00
					2	Oneri fiscali e contributi personale	e.1.3	12	2,500.00	30,000.00
4	Viatici e spostamenti				1	Diarie personale/consulenti locali e trasporti	e.1.2	1	5,000.00	5,000.00
5	Attività in appoggio alle aree di Assistenza tecnica				1		e.9	1	10,000.00	10,000.00

**75,000.00**

**Tab. 2 Matrice consolidata per attività.**

**RIEPILOGO DEL RISULTATO PER ATTIVITA' FONDO ESPERTI (codice f) E FONDI  
IN LOCO (codice e)**

<b>Risultato atteso: Corretta gestione e coordinamento dell'iniziativa</b>	<b>TOTALE</b>
1.- Assistenza tecnica fondo esperti	0.00
2.- Gestione del programma,segreteria ecc.	60,000.00
4.- Viatici e spostamenti	5,000.00
5.- Attività in appoggio alle aree di Assistenza tecnica	10,000.00
<b>TOTALE RISULTATO</b>	<b>75,000.00</b>

**Tab. 3 Totali per codice.**

	FONDO IN LOCO	TOTALE
<b>E</b>	<b>GESTIONE PROGETTO IN LOCO</b>	<b>75,000.00</b>
e.1	Personale	65,000.00
e.1.1	Retribuzioni	30,000.00
e.1.2	Trasferimenti (titoli di viaggio, diaria, etc.)	5,000.00
e.1.3	Altri oneri (assicurativi, previdenziali, etc.)	30,000.00
e.2	Locazione locali ufficio	0.00
e.3	Attrezzature ed arredi di ufficio	0.00
e.4	Manutenzioni immobili e attrezzature di ufficio	0.00
e.5	Cancelleria e stampati	0.00
e.6	Mezzi di trasporto	0.00
e.7	Gestione mezzi di trasporto	0.00
e.7.1	Assicurazioni, tasse, etc.	0.00
e.7.2	Combustibili e lubrificanti	0.00
e.7.3	Manutenzioni	0.00
e.8	Utenze, tasse, altre assicurazioni	0.00
e.9	Altri servizi non compresi in altre voci	10,000.00
<i>SUB TOTALE FONDI IN LOCO codice "e"</i>		75,000.00
<i>SUB TOTALE FONDO ESPERTI codice "f"</i>		0.00
	<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>75,000.00</b>

### ***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 **75.000,00** eseguibile in gestione diretta da parte di questa DGCS.

## 14. MARKERS EFFICACIA

La Direttiva N° 165 del 16/12/2009 del Comitato Direzionale stabilisce che per la valutazione dell'efficacia ex ante degli interventi di cooperazione bilaterale, deve essere compilato il Marker Efficacia che si inserisce qui sotto:

	<b>Criterio di <i>aid effectiveness</i></b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Motivazione da fornire in caso di risposta negativa</b>	<b>Descrizione da fornire in caso di risposta positiva</b>	<b>Punti di merito<sup>1</sup> attribuiti dal NVT</b>
<b>1</b>	<p><i>L'assistenza tecnica per la realizzazione dell'intervento di cooperazione dovrà essere fornita a) nella misura strettamente necessaria, b) con modalità concordate con il PVS e coordinate con gli altri donatori e c) coinvolgendo il più ampiamente possibile consulenti locali.</i></p> <p>Se l'intervento ha una componente di assistenza tecnica s a €100. 000 (fondo esperti + fondo in loco):</p> <p>a) E' prevista la stipula di uno specifico accordo con le autorità locali che stabilisca le modalità di fornitura di AT nonché il monitoraggio e la valutazione periodica congiunta di tale componente?</p> <p>b) I costi per i consulenti locali (singoli o società) sono superiori al 50% dei costi dell'intera componente?</p>	<b>X</b>	<b>X</b>	<p><b>b)</b> L'assistenza tecnica al Ministero di Salute del Perù verrà fornita da esperti italiani in breve missione, legati a Centri Universitari d'eccellenza, che hanno già collaborato all'iniziativa durante la prima fase. Nel fondo in loco, però, è previsto un piccolo importo di 10.000 (meno della metà dell'importo totale dell'iniziativa), con cui contrattare, consulenti e società peruviane che possano orientare il lavoro degli esperti italiani.</p>	<p><b>a)</b> L'intervento si inserisce all'interno del quadro generale di cooperazione internazionale in appoggio al settore salute, nell'ambito della riforma dell'Aseguramiento Universal de Salud, per il quale è stato firmato un M.o.U., che stabilisce le responsabilità ed impegni delle parti.</p>	<b>Max 20 punti</b>

<sup>1</sup> Il merito sarà determinato in base alla prevalenza dei SI .

	<b>Criterio di <i>aid effectiveness</i></b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Motivazione da fornire in caso di risposta negativa</b>	<b>Descrizione da fornire in caso di risposta positiva</b>	<b>Punti di merito<sup>1</sup> attribuiti dal NVT</b>
<b>2</b>	<p><i>L'intervento di cooperazione dovrà prevedere il pieno coinvolgimento del paese partner nel processo di affidamento dei contratti e non deve sovraccaricare le controparti locali di oneri amministrativi quando questi non rafforzano le capacità esistenti.</i></p> <p>Per affidare i contratti per opere e/o forniture e/o servizi previsti dall'intervento:</p> <p>a) La stazione appaltante è un organo del paese <i>partner</i>?</p> <p>b) In caso di risposta negativa alla precedente domanda, il paese <i>partner</i> è coinvolto nella selezione dei contraenti?</p> <p>c) La procedura è regolata dalla legge del paese <i>partner</i>?</p> <p>d) In caso di risposta negativa alla precedente domanda, la normativa di riferimento è già conosciuta ed utilizzata dal paese <i>partner</i>?</p>	X	X	<p>a) La stazione appaltante è quindi l'Ambasciata d'Italia a Lima</p> <p>c) Secondo la struttura del finanziamento in questa terza fase dell'iniziativa, come nella prima e nella seconda, i contratti per la fornitura di beni e servizi vengono finanziati dal fondo in loco (Cap. 2182) e rispondo perciò alle procedure di spesa previste per questi fondi c).</p>	Il paese partner è a conoscenza di queste procedure e partecipa attivamente all'intero procedimento di selezione dei fornitori b) e d).	<b>Max 20 punti</b>
<b>3</b>	<p><i>Per la gestione ed il controllo finanziario dell'intervento dovranno essere privilegiate le procedure ed i sistemi di controllo finanziario del PVS.</i></p> <p>Per erogare e gestire i fondi con cui l'intervento sarà finanziato:</p>			Il presente finanziamento è composto da un fondo in loco, gestito dall'Ambasciata d'Italia a Lima. Oltre la metà di detto fondo in loco è diretto a		<b>Max 20 punti</b>

	<b>Critério di <i>aid effectiveness</i></b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Motivazione da fornire in caso di risposta negativa</b>	<b>Descrizione da fornire in caso di risposta positiva</b>	<b>Punti di merito<sup>1</sup> attribuiti dal NVT</b>
	<p>a) Si utilizzano le procedure di gestione, reporting ed auditing pubbliche del paese <i>partner</i>?</p> <p>b) in caso di risposta negativa la loro inadeguatezza è stata valutata sulla base di valutazioni effettuate congiuntamente ai partner europei e secondo strumenti diagnostici condivisi?</p> <p>c) Se ciò non avvenisse a causa della loro inadeguatezza, sono previste azioni volte al loro rafforzamento?</p>		<p><b>X</b></p> <p><b>X</b></p> <p><b>X</b></p>	<p>sostenere le spese di gestione del programma (principalmente personale). Solo una piccola parte viene utilizzata per sostenere il pagamento di fornitura di beni o servizi, altri rispetto alla gestione ordinaria, la quale viene spesa secondo la normativa italiana stabilita per questo tipo di fondi. <b>a) e b).</b> Non sono previste azioni volte al rafforzamento delle procedure del partner locale perchè non è stata riscontrata la loro inadeguatezza <b>c).</b></p>		

7	<p><i>In stati fragili e in situazioni post-conflitto si dovrà dare massimo rilievo ad un'accurata analisi del contesto; l'intervento dovrà, inoltre, prevedere come gestire il passaggio alla fase di sviluppo.</i></p> <p>Per Stati fragili o in situazioni post-conflitto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Si prevede un'analisi della crisi con gli altri donatori?</li> <li>b) Sono coinvolti nell'analisi vari soggetti (parti in conflitto, autorità locali, società civile)?</li> <li>c) E' previsto il passaggio senza interruzioni finanziarie da programmi d'emergenza a programmi di sviluppo?</li> </ul> <p><u>Inoltre</u>, propone che il Direzionale preveda che la scheda del "Marker" per le iniziative approvate sia disponibile al pubblico e che il punteggio sia inserito tra gli elementi dell'atto pubblicato nei DIPCO, come oggi avviene per gli MDG ed il grado di legamento.</p>					<p><b>Nel caso di iniziative di questo tipo, indicare nella casella sottostante il punteggio complessivo determinato secondo le modalità precedenti seguito dalla lettera A quando le risposte sono positive ai tre quesiti, dalla lettera B in caso di risposta affermativa a due quesiti e dalla lettera C quando vi sia una risposta affermativa.</b></p>
<p><b>Punteggio Complessivo nel caso di Stati Fragili/di situazioni post-conflitto</b></p> <p>La soglia minima per la sottoposizione al Comitato Direzionale è di 65/100 almeno con la lettera B e con una delle due risposte affermative relativa al passaggio senza interruzione dall'emergenza allo sviluppo.</p>						

Secondo la Direttiva N° 62 del 25 luglio del 2011 del Comitato Direzionale, tale Marker dev'essere integrato dal marker di ciascuna delle linee guida tematiche, elaborate dall'esperto UTC competente. L'iniziativa in questione appartiene senza dubbio al settore sanitario per il quale ancora non è stato formulato il corrispondente Marker, perciò, secondo le indicazioni della medesima Direttiva, qui di seguito si compila il Marker trasversale di competenza, che è quello stabilito per le iniziative in tema di Uguaglianza di genere e Empowerment delle donne.

1		Si	No	Se si indicare responsabile LGG
	Il programma è parte di una strategia paese o di una strategia settoriale?	X		Linee Guida Sanità – Luglio 2009 <i>Salute globale: principi guida cooperazione italiana</i> Responsabile: Dott. Felice Longobardi – Esperto U.T.C.
2				Indicare quali
	Sono previste iniziative per l'uguaglianza di genere e l'empowerment delle donne nella strategia paese?	X		<p>Il quadro paese S.T.R.E.A.M. Però della DGCS per il 2012/2014, comprendono il settore Diritti umani, civili ed inclusione sociale, il cui obiettivo specifico è di contribuire alla piena partecipazione agli individui e gruppi, esclusi ed emarginati alle comuni e normativamente prescritte attività della società in cui vivono, con particolare riferimento ai poveri, alle minoranze etniche, ai disabili, ai minori ed alle donne, attraverso il raggiungimento dei seguenti risultati:</p> <p>Conoscenza dei diritti umani inalienabili e civili diffusa;</p> <p>Esercizio dei diritti umani inalienabili e civili aumentato;</p> <p>Processo multidimensionale di progressiva coesione sociale, che determina il riavvicinamento di gruppi e individui emarginati alle relazioni sociali ed alle istituzioni rafforzato.</p>

3				<b>Indicare la percentuale di genere</b>
	E' previsto il monitoraggio delle risorse per genere secondo i criteri del GM/OCSE/DAC?		X	L'Agenzia Peruviana per la Cooperazione Internazionale riceve ed applica le direttive dell'OCSE/DAC. Rispetto al monitoraggio delle risorse per genere, non ha applicato ancora percentuali.

(\*) PER LA DEFINIZIONE DI GENDER MARKER SI RIMANDA ALLA TRADUZIONE DEI CRITERI OCSE/DAC GIA' REALIZZATA DALL'UFFICIO



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

Dott. Felice Longobardi

Visto, Il Funzionario preposto alla UTC

Min. Plen. Pier Francesco Zazo