Ministero degli Affari Esteri
e della Cooperazione Internazionale

2026 | Rapporto di valutazione

Valutazione d'impatto – CONGO

“Programma di sostegno alla Repubblica del Congo per lo sviluppo dei servizi sanitari integrati”

AID 13158



DATI IDENTIFICATIVI DEL PROGETTO	
Titolo del progetto	Programma di sostegno alla Repubblica del Congo per lo sviluppo dei servizi sanitari integrati
Numero del progetto	AID N. 13158
Approvazione	Comitato Congiunto per la Cooperazione allo Sviluppo, delibere N. 109 e 110 del 30 settembre 2024
Entrata in vigore	1 gennaio 2025
Data di inizio effettiva	15 luglio 2025
Durata prevista effettiva	36 mesi 9 mesi (da luglio 2025 a marzo 2026)
Canale	Bilaterale
Area geografica	Repubblica del Congo
Soggetti esecutori	Ministero della Cooperazione Internazionale e della Promozione del Partenariato Pubblico-Privato
Budget	Euro 45.000.000 (credito euro 35.000.000 – dono euro 10.000.000)
DATI CHIAVE DELLA VALUTAZIONE	
Codice CIG	BBF859C522
Tipo di valutazione	Valutazione finale d'impatto
Data di inizio e completamento della missione di valutazione	19 giugno 2026 – 17 ottobre 2026
Soggetto esecutore	IZI spa Via Cornelio Celso, 11 00161 Roma
Data del Rapporto	8 ottobre 2026

La presente valutazione indipendente è stata commissionata dall'**Ufficio VII dalla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale** alla società **IZI Spa** tramite una procedura di affidamento diretto ai sensi dell'art.50 del Codice dei Contratti Pubblici.

Team di valutazione di IZI Spa:
- Marco Palmini – Team Leader
- Natalia Conestà
- Marien Koumou Atipo
- Livia Giordano

Le opinioni espresse in questo documento rappresentano il punto di vista dei valutatori e non coincidono necessariamente con quelle del committente.

ACRONIMI

AFD	*Agence Française pour le Développment* (Agenzia Francese per lo Sviluppo)
AICS	Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo
BEAC	*Banque des États de l'Afrique Centrale* (Banca degli Stati dell'Africa Centrale)
BSS	Budget Support Settoriale
CC	Comitato Congiunto
CDP	Cassa Depositi e Prestiti
CNTS	Centro Nazionale di Trasfusione Sanguigna
COGES	Comitato di Gestione
COPIL	Comitato di Pilotaggio
COSA	Comitato Sanitario
CSI	Centro Sanitario Integrato
CSU	Copertura Sanitaria Universale
DG	Direzione Generale
DGCS	Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo
DISER	*Direction de l'information sanitaire et de la recherche* (Direzione dell'informazione sanitaria e della ricerca)
DS	Distretto Sanitario
DSP	Delega di Servizio Pubblico
DV	Domanda Valutativa
EASI	*Easy Architecture for System Integration* (Architettura Semplice per l'Integrazione dei Sistemi)
EM	Emerging Markets (denominazione completa società Althea Emerging Markets)
ENI	Ente Nazionale Idrocarburi
FGD	Focus Group Discussion
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
GPW	General Programme of Work
HG	*Hôpital Général* (Ospedale Generale)
HRD	*Hôpital de Référence de District* (Ospedale di Riferimento di Distretto)
ISU	Indice di Sviluppo Umano
KPI	Key Performance Indicator
MCIPPPPP	*Ministère de la cooperation internationale et de la promotion du partenariat public privé* (Ministero della Cooperazione Internazionale e della Promozione del Partenariato Pubblico-Privato)
M&V	Monitoraggio e Valutazione
MAECI	Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale
MdV	Matrice di Valutazione
MFBPP	*Ministère des Finances, du Budget et du Portefeuille Public* (Ministero delle Finanze, del Bilancio e del Portafoglio Pubblico)
MSP	*Ministère de la Santé et de la Population* (Ministero della Salute e della Popolazione)
OCSE-DAC	Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico - *Development Assistance Committee* (Comitato di Assistenza allo Sviluppo)
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ONG	Organizzazione Non Governativa
PANSS	Piano d'Azione Nazionale per la Sicurezza Sanitaria
PIL	Prodotto Interno Lordo
PMA	Pacchetto Minimo di Attività

PMAE	Pacchetto Minimo di Attività Esteso
PMAS	Pacchetto Minimo di Attività Standard
PNDS	*Plan National de Développement Sanitaire* (Piano Nazionale di Sviluppo Sanitario)
PNS	*Politique National de la Santé* (Politica Sanitaria Nazionale)
PPP	Partenariato Pubblico-Privato
PTF	Partner Tecnico e Finanziario
RAMU	Regime di Assicurazione Sanitaria Universale
RSI	Regolamento Sanitario Internazionale
SCP	Strategia di Cooperazione Paese
SDG	Sustainable Development Goals
TBD	“to be defined”
TdC	Teoria del Cambiamento
TdR	Termini di Riferimento
UE	Unione Europea
UN	United Nations
UNDP	United Nations Development Programme
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities

INDICE

SOMMARIO ESECUTIVO VII
1. CONTESTO 1
1.1. La situazione sanitaria in Repubblica del Congo 1
1.2. Strategia e Politiche pubbliche 3
2. AMBITO DELLA VALUTAZIONE 6
2.1. L'iniziativa in esame 6
2.2. Gli obiettivi della valutazione 7
3. QUADRO TEORICO E METODOLOGICO 9
3.1. Impianto metodologico 9
3.2. Fasi della valutazione 9
3.3. Modalità di raccolta e analisi dati 12
3.3.1. Analisi Desk 12
3.3.2. Analisi di terreno 13
4. RISULTATI DELLA VALUTAZIONE 15
4.1. Rilevanza 15
4.2. Coerenza 20
4.3. Efficacia 25
4.4. Efficienza 30
4.5. Impatto 38
4.6. Sostenibilità 43
5. CONCLUSIONI, LEZIONI APPRESE E RACCOMANDAZIONI 48
5.1. Conclusioni 48
5.2. Lezioni apprese 50
5.3. Raccomandazioni 51

ALLEGATI AL RAPPORTO

ALLEGATO I – Termini di Riferimento
ALLEGATO II – Documentazione consultata
ALLEGATO III – Interviste Svolte
ALLEGATO IV – Teoria del Cambiamento
ALLEGATO V – Matrice di Valutazione
ALLEGATO VI – Traccia Intervista Stakeholders

SOMMARIO ESECUTIVO

Contesto dell'iniziativa

La Repubblica del Congo presenta bisogni sanitari rilevanti e persistenti, in un quadro segnato da disuguaglianze territoriali e socioeconomiche nell'accesso ai servizi essenziali. Il sistema sanitario nazionale è organizzato secondo una **struttura piramidale a tre livelli**: cure primarie erogate dai Centri Sanitari Integrati; ospedali di riferimento di distretto; ospedali generali e strutture specializzate di livello terziario poste sotto la responsabilità diretta del Ministero della Salute e della Popolazione. La capacità degli ospedali di assicurare prestazioni diagnostiche e terapeutiche adeguate rimane condizionata, fra l'altro, dall'**obsolescenza e dalla limitata disponibilità delle apparecchiature** biomediche, dalla carenza di manutenzione programmata, dalla difficoltà di approvvigionamento di parti di ricambio e dalla limitata disponibilità di competenze mediche specializzate.

Il **quadro strategico di riferimento** è costituito dalla Politica Sanitaria Nazionale 2018–2030 e dal Piano Nazionale di Sviluppo Sanitario (PNDS) 2023–2026. Quest'ultimo individua, fra le priorità nazionali, il rafforzamento della governance e del finanziamento sanitario, la promozione del benessere della popolazione, l'accesso equo a pacchetti di servizi essenziali di qualità e il rafforzamento della sicurezza sanitaria e della risposta alle emergenze. Nell'ambito del sotto-programma relativo al rafforzamento dell'offerta di cure e servizi sanitari, il PNDS prevede interventi di mantenimento e sviluppo degli ospedali generali e identifica carenze nella dotazione tecnologica, nella manutenzione delle apparecchiature e nelle risorse umane specializzate.

In questo contesto si colloca il "**Programma di sostegno alla Repubblica del Congo per lo sviluppo di servizi sanitari integrati**" (AID 013158), finanziato dalla Cooperazione Italiana. Il Programma è stato definito a seguito di una richiesta formale del Governo congolese e dell'elaborazione di un documento progettuale da parte del Ministero congolese della Cooperazione Internazionale e della Promozione del Partenariato Pubblico-Privato (MCIPPPPP). L'Accordo intergovernativo fra Italia e Repubblica del Congo è stato firmato a Roma il **25 novembre 2024**. Il finanziamento ammonta a **45 milioni di euro**, di cui 35 milioni di euro sotto forma di credito concessionale e 10 milioni di euro quale componente a dono; il Programma è stato formalmente **avviato il 15 luglio 2025**.

L'iniziativa intende contribuire al **miglioramento dell'accesso e all'ampliamento della copertura dei servizi sanitari** per la popolazione congolese, attraverso l'adeguamento delle strutture sanitarie e il conseguimento di standard prestazionali di servizio. La strategia progettuale si fonda su quattro dimensioni integrate: adeguamenti infrastrutturali e idro-energetici; fornitura, installazione e gestione di tecnologie elettro-biomediche; formazione del personale sanitario e tecnico; attivazione di un sistema organizzativo e informatico per la gestione e manutenzione delle apparecchiature. Il perimetro operativo comprende sei ospedali generali (Adolphe Sicé, Blanche Gomes, Loandjili, Dolisie, 31 Juillet d'Owando ed Edith Lucie Bongo Ondimba di Oyo) e tre strutture di secondo livello o specialistiche: Makélékélé, Talangaï e Centro Nazionale di Trasfusione Sanguigna (CNTS).

La modalità di finanziamento prescelta è il **sostegno al bilancio settoriale** (*Budget Support Settoriale* - BSS), volto a valorizzare la *ownership* nazionale, l'allineamento alle politiche pubbliche e l'utilizzo dei sistemi del Paese partner. Il Governo congolese ha scelto di realizzare le attività operative tramite una **Delega di Servizio Pubblico** (DSP) a un operatore privato specializzato, Althea Emerging Markets S.r.l.

Obiettivi e metodologia della valutazione

La valutazione indipendente è stata commissionata dall'Ufficio VII della Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale. Essa è stata concepita come valutazione di impatto, con una funzione al tempo stesso di accountability e di apprendimento strategico. In ragione dell'interesse manifestato dal Governo italiano a considerare ulteriori fasi di finanziamento, la valutazione è stata orientata soprattutto a **fornire evidenze utili alla programmazione futura**.

Gli **obiettivi specifici** hanno riguardato: l'analisi dell'efficacia dell'intervento e dei primi effetti osservabili sulla capacità delle strutture sanitarie di erogare cure avanzate, diagnostica e terapie efficaci; la verifica della sostenibilità del modello tecnico-organizzativo basato su laboratori tecnici, piattaforma EASI (*Easy Architecture for System Integration)*, e formazione; la valutazione della coerenza interna ed esterna del Programma rispetto alle politiche nazionali, alle priorità della Cooperazione italiana e alle attività di altri partner di sviluppo; l'analisi dell'adeguatezza del BSS e dei meccanismi di governance, monitoraggio e tracciabilità finanziaria; l'identificazione delle condizioni necessarie per eventuali successive fasi di finanziamento; la formulazione di raccomandazioni operative per MAECI, AICS e controparti congolesi.

L'impianto metodologico ha seguito i **criteri OCSE-DAC** (rilevanza, coerenza, efficacia, efficienza, impatto e sostenibilità) e le Linee guida della DGCS per le valutazioni di impatto. È stato adottato un approccio a metodi misti, *utilisation-focused*, che ha integrato: un approccio basato sui risultati (*Results-Based Approach*), per esaminare gli *output* e gli *outcome* attesi; un approccio basato sulla teoria (*Theory-Based Approach*), per verificare le ipotesi causali della Teoria del Cambiamento; e un approccio in tre passaggi alla valutazione del sostegno al bilancio, articolato in analisi del contributo, analisi dell'attribuzione e lettura integrata degli elementi di evidenza.

La valutazione si è svolta in **tre fasi: avvio, raccolta e analisi dei dati, redazione del rapporto**. La fase di avvio, realizzata fra giugno e inizio luglio 2026, ha incluso il kick-off meeting presso il MAECI, interviste preliminari e analisi della documentazione progettuale, strategica e di monitoraggio. La missione di terreno si è tenuta dal 5 al 19 luglio 2026 a Brazzaville, Pointe-Noire e Oyo. Sono state condotte visite nelle strutture sanitarie, osservazioni dirette delle aree di installazione e dei laboratori tecnici, interviste semi-strutturate con le istituzioni italiane e congolesi, interlocutori sanitari e finanziari, direzioni ospedaliere, responsabili di reparto e personale tecnico; sono stati inoltre realizzati incontri collettivi con beneficiari diretti, pazienti, accompagnatori e rappresentanti della società civile. Il confronto con OMS, UNFPA, UNDP, GFATM e Banca Mondiale ha consentito di verificare il posizionamento dell'iniziativa nel quadro della cooperazione sanitaria internazionale presente nel Paese.

L'analisi ha incontrato **limiti nella disponibilità delle informazioni**. Il Documento di Progetto rinviava la definizione delle baseline a un *assessment* iniziale che non risulta essere stato formalizzato. I dati sanitari disponibili sono prevalentemente aggregati a livello nazionale o distrettuale e non permettono di isolare gli effetti dell'intervento nei singoli reparti o nelle strutture target. Non è stato inoltre possibile ottenere il contratto completo MCIPPPP–Althea EM né accedere ai dati e ai log della piattaforma EASI, elementi necessari per verificare direttamente le performance contrattuali, i tempi di risposta ai guasti, l'utilizzo delle apparecchiature e l'effettivo livello di autonomia conseguito dalle strutture. La valutazione ha pertanto fondato i propri giudizi sulla triangolazione delle fonti disponibili (documenti, evidenze di audit, verbali dei comitati di pilotaggio, missioni AICS, osservazione diretta e interviste) e ha adottato un **approccio prevalentemente qualitativo** per la valutazione degli effetti e dell'impatto.

Risultati principali

Il **disegno dell'iniziativa ha risposto a bisogni strutturali effettivi** del sistema ospedaliero congolese. La documentazione progettuale e le evidenze raccolte durante la missione confermano la coerenza tra i tre pilastri dell'intervento (ammodernamento tecnologico, formazione e

manutenzione integrata) e le principali criticità delle strutture sanitarie: obsolescenza o malfunzionamento delle apparecchiature, difficoltà di approvvigionamento dei ricambi, carenza di manutenzione preventiva e correttiva, limitata tracciabilità delle tecnologie e insufficienza di competenze specialistiche. Il Programma è inoltre sostanzialmente allineato al PNDS 2023–2026, in particolare all'azione del sotto-programma 3.1 dedicata al mantenimento e allo sviluppo degli ospedali generali. Tale **pertinenza generale non è stata tuttavia accompagnata da un'identificazione dei bisogni** altrettanto strutturata a livello di singola struttura e di singolo reparto. La selezione degli ospedali e delle priorità tecniche non risulta fondata su un processo partecipativo e documentato con le direzioni ospedaliere, il personale tecnico-sanitario e le Direzioni competenti del Ministero della Salute. La formazione, inoltre, si è concentrata soprattutto sull'uso e sulla manutenzione delle apparecchiature, senza includere in misura sufficiente aspetti clinici, di supporto alla diagnosi e cura.

Il Programma si è collocato in **complementarità con la Strategia di Cooperazione OMS** con il Congo 2025–2028 e con il processo di rivitalizzazione dei distretti sanitari. Esso interviene infatti sul terzo livello della piramide sanitaria (ospedali generali e strutture specialistiche) mentre l'azione OMS è prevalentemente orientata al rafforzamento dell'assistenza primaria e degli ospedali di riferimento distrettuale. Questa complementarità è tuttavia rimasta **prevalentemente strategica** e non si è tradotta in un'articolazione operativa condivisa. L'allineamento agli SDG relativi al rafforzamento del sistema sanitario e delle capacità del personale sanitario risulta più consistente rispetto a quello con gli obiettivi relativi alla salute materna e neonatale. Le nove strutture sono concentrate prevalentemente a Brazzaville e Pointe-Noire, con estensione a Dolisie, Oyo e Owando; la loro selezione risponde soprattutto alla **concentrazione demografica e alla rilevanza delle strutture** di terzo livello, piuttosto che a un criterio di equità territoriale o di priorità a favore delle aree remote.

Il ricorso alla **Delega di Servizio Pubblico** (DSP) è compatibile con il quadro normativo congolese e, sul piano operativo, ha consentito di mobilitare in tempi rapidi, capacità logistiche, tecniche e organizzative per l'installazione delle apparecchiature e l'avvio della manutenzione. Tuttavia, la DSP è stata definita dalla controparte congolese come **scelta autonoma** e non risulta essere stata oggetto di specifica negoziazione o validazione nei principali atti italiani di approvazione del finanziamento. L'intervento è stato concepito come **sostegno al bilancio settoriale** (BSS), basato sul principio di *ownership* governativa, mentre la sua esecuzione ha assunto caratteristiche più vicine a un **contratto di servizio integrato affidato a un operatore privato**. Questa sovrapposizione ha generato un **modello ibrido**, nel quale le condizioni di erogazione proprie del BSS e gli obiettivi contrattuali della DSP non sono stati raccordati in un unico sistema di programmazione, controllo e rendicontazione. Si sono inoltre riscontrate **difformità nella durata dell'intervento**: la proposta originaria richiamava un orizzonte quinquennale, la Convenzione Finanziaria fissava un termine di erogazione di 36 mesi, mentre il *Plan de Travail* si concentrava operativamente sulla prima annualità.

Il **coinvolgimento** delle istituzioni congolesi tecnicamente competenti è risultato **incompleto**. Il Ministero delle Finanze, del Bilancio e del Portafoglio Pubblico (MFBPP) ha segnalato di non essere stato pienamente coinvolto nella definizione delle procedure finanziarie; il Ministero della Salute e della Popolazione ha avuto una partecipazione limitata alla negoziazione attraverso il gabinetto del Ministro, mentre le varie Direzioni e in particolare le Direzioni degli Ospedali e degli Equipaggiamenti non sono state coinvolte nella gestione operativa, né esiste un raccordo rispetto al progetto tra i vari Dipartimenti del Ministero. Anche i direttori delle strutture beneficiarie hanno riferito, in alcuni casi, di aver ricevuto attrezzature senza un'informazione preventiva sufficientemente dettagliata sulle scelte effettuate. Il **coordinamento con i partner tecnici e finanziari** è stato episodico. L'Ambasciata italiana a Brazzaville ha svolto un ruolo attivo di facilitazione diplomatica e di raccordo istituzionale, mentre l'assenza di una presenza tecnica stabile di AICS nel Paese ha limitato l'accompagnamento continuativo dalla fase iniziale all'attuazione. L'OMS e gli altri organismi UN (UNFPA e UNDP in particolare), il GFATM e la Banca Mondiale non risultano essere stati coinvolti sistematicamente nella programmazione della prima fase. In particolare, la Banca Mondiale, che ha realizzato investimenti in apparecchiature presso alcune strutture ospedaliere, ha evidenziato il

rischio di sovrapposizioni e, al tempo stesso, opportunità non colte di integrazione nella scelta delle forniture e nella manutenzione e formazione.

In termini di **efficienza**, le evidenze disponibili consentono di rilevare un **avanzamento significativo nella realizzazione delle forniture** e nell'allestimento dell'infrastruttura tecnica prevista dal Programma. Sono stati riabilitati e attivati **laboratori tecnici** nelle strutture incluse nel perimetro contrattuale e risultano operativi i call center per la presa in carico delle richieste di manutenzione. Le osservazioni di campo hanno confermato che i reparti target sono stati dotati di spazi riabilitati, attrezzature e componenti necessarie alla manutenzione delle tecnologie biomedicali. Permangono però **limiti alla piena operatività** clinica delle apparecchiature in alcuni centri riabilitati, in relazione al mancato completamento delle infrastrutture. Sebbene tali interventi fossero formalmente esterni al perimetro della DSP, l'assenza di una verifica preventiva delle infrastrutture abilitanti ha ridotto il potenziale utilizzo immediato di parte delle tecnologie fornite.

Il sistema EASI risulta formalmente attivo nelle otto strutture del perimetro contrattuale, con accessi attribuiti ai punti focali ospedalieri e ministeriali, anche se lo staff locale ha fatto riferimento ad alcune difficoltà tecniche nell'introduzione dei dati. Tuttavia, **la piattaforma appare ancora prevalentemente sviluppata e gestita dall'operatore privato**. Poiché il Team di Valutazione non ha avuto accesso diretto al sistema o ai relativi log, non è stato possibile verificare in modo indipendente l'andamento dei KPI contrattuali, la disponibilità delle apparecchiature, i tempi di risoluzione dei guasti e i tassi di utilizzo Le **attività formative,** di affiancamento tecnico e il **trasferimento di competenze** sono state avviate, con riscontri positivi da parte delle direzioni ospedaliere e del personale intervistato. Il conseguimento dei target progettuali circa il personale con competenze migliorate non è però verificabile, in assenza dell'assessment iniziale, dei valori di baseline e dei test post-formazione previsti. L'affiancamento *on-the-job* costituisce una pratica promettente, ma deve essere consolidato attraverso un percorso formalizzato, riconosciuto e **collegato alla pianificazione nazionale delle risorse umane e alla formazione tecnica universitaria**.

Il meccanismo BSS ha contribuito a **garantire correttezza nella rendicontazione finanziaria** e rapidità nell'esecuzione. Le condizioni previste per l'erogazione della seconda tranche risultavano soddisfatte e hanno favorito l'accelerazione della fornitura e dell'installazione delle apparecchiature. Tali condizionalità erano però essenzialmente finanziarie e misuravano il livello di spesa e impegno contrattuale, **senza collegarsi a indicatori di qualità tecnica, rafforzamento istituzionale, sostenibilità o risultati sanitari**. I **flussi finanziari** delle componenti a credito e a dono risultano separati e tracciabili fino al beneficiario operativo; l'audit non ha rilevato scostamenti non giustificati nella riconciliazione tra erogazioni, trasferimenti e fatture. Il modello di remunerazione forfettaria della DSP non consente però di distinguere in modo analitico le risorse destinate alle forniture, alla manutenzione e alla formazione. **Non è pertanto possibile attribuire con precisione valori specifici alle singole componenti del finanziamento**, incluso il contributo a dono destinato, in termini concettuali, al rafforzamento delle capacità.

Il Comitato di Pilotaggio ha svolto una **funzione di supervisione attiva**, formulando rilievi puntuali sulle attività in corso. **La capacità di tradurre tali rilievi in azioni correttive tempestive è rimasta però limitata**. Il quadro logico della Scheda AICS, i KPI (Key Performance Indicator) contrattuali della DSP e il *Plan de Travail* non sono stati integrati in un unico sistema di monitoraggio; le baseline previste non sono state prodotte e il comitato tecnico di monitoraggio ipotizzato dal COPIL non risulta operativo. Ne è derivata una supervisione basata soprattutto su rapporti di audit, missioni e segnalazioni qualitative, piuttosto che su un insieme coerente di indicatori capace di orientare le decisioni correttive.

Sul piano operativo, si è registrato un **avvio rapido e una capacità tecnica significativa di esecuzione del servizio**. Tuttavia, la compressione delle attività in pochi mesi, rispetto a un disegno originariamente concepito su un orizzonte pluriennale, non consente ancora di valutare il consolidamento delle attività di manutenzione, il trasferimento effettivo di competenze e la sostenibilità del modello oltre la durata della DSP. I primi **effetti osservabili del Programma**

riguardano il rafforzamento della capacità diagnostica, chirurgica e di emergenza delle nove strutture beneficiarie. L'intervento ha contribuito a rendere disponibili tecnologie e servizi più avanzati, con potenziali ricadute positive sul funzionamento di pronto soccorso, sale operatorie, terapie intensive e servizi diagnostici. È invece **prematuro rilevare una riduzione misurabile delle evacuazioni sanitarie** o della migrazione per cure all'estero: tali fenomeni dipendono non solo dalla disponibilità di apparecchiature, ma anche da infrastrutture, farmaci, personale clinico specializzato, sicurezza delle cure, sistemi di riferimento e fiducia della popolazione nei servizi locali, oltre che dalla conoscenza della loro esistenza,

Gli effetti dell'iniziativa restano per ora **circoscritti alle strutture target** e non sono emersi meccanismi strutturati di diffusione delle competenze o di estensione del modello verso altri ospedali. Il Programma potrebbe tuttavia generare effetti più ampi se le attività di manutenzione e formazione fossero integrate con la Direzione degli Equipaggiamenti del Ministero della Salute e della Popolazione, se venissero valorizzate apparecchiature acquistate da altri partner ma non installate o non manutenute e se fossero promossi scambi strutturati tra ospedali. In prospettiva, la **sostenibilità** dipenderà dalla capacità di rendere la piattaforma informatica e i laboratori tecnici strumenti effettivamente appropriati dalle istituzioni pubbliche, di definire una filiera di ricambi e manutenzione, di formalizzare un piano di sviluppo delle competenze e di assicurare il completamento delle infrastrutture indispensabili all'uso delle nuove tecnologie.

Raccomandazioni

Alla luce delle evidenze raccolte, il Team di Valutazione ritiene che eventuali ulteriori fasi di finanziamento debbano essere condizionate non soltanto alla prosecuzione delle forniture, ma al **consolidamento delle condizioni istituzionali, infrastrutturali e gestionali** necessarie per trasformare gli output già realizzati in risultati sostenibili. Per semplicità, con il termine Fase I ci si riferisce di seguito al Programma qui valutato, mentre per Fase II si intende il possibile rinnovo del finanziamento da parte della Cooperazione Italiana.

1. **Formalizzare il perimetro e la logica della Fase II.**
   Prima dell'avvio della Fase II, le parti dovrebbero adottare un documento unico di programmazione, approvato dal COPIL e vincolante per tutti gli attori, che renda coerenti le modalità di esecuzione BSS e DSP. Il documento dovrebbe definire in modo univoco durata, strutture e reparti coinvolti, risultati, attività, budget, ruoli e responsabilità, modalità di monitoraggio e reporting, nonché le condizioni per il passaggio alle fasi successive.

2. **Istituire una governance tecnico-istituzionale effettiva.**
   La Fase II dovrebbe prevedere un COPIL con funzioni strategiche e decisionali, affiancato da un Comitato Tecnico di Monitoraggio coordinato dal Ministero della Salute e composto dalle direzioni ministeriali competenti, dal MCIPPPP, dal Ministero delle Finanze, dalle direzioni ospedaliere e da AICS. Il Comitato Tecnico dovrebbe riunirsi almeno trimestralmente, validare le condizioni tecniche delle forniture, predisporre piani d'azione con responsabilità e scadenze e riferire formalmente al COPIL.

3. **Assicurare l'integrazione con politiche e partner.**
   All'avvio operativo della Fase II, il Ministero della Salute dovrebbe promuovere un tavolo tecnico con OMS, Banca Mondiale, UNFPA, UNDP, UNESCO e gli altri partner rilevanti, al fine di mappare attrezzature e investimenti esistenti, individuare duplicazioni e lacune, concordare ambiti di intervento e sviluppare complementarità su manutenzione, formazione, salute materno-infantile e sistemi di riferimento. Gli esiti della mappatura dovrebbero essere aggiornati almeno annualmente e trasmessi al COPIL.

4. **Costruire un quadro di risultati, indicatori e condizionalità.**
   La prima erogazione finanziaria della Fase II dovrebbe essere subordinata alla disponibilità di un quadro comune di monitoraggio, con baseline per struttura e reparto, target annuali, fonti di verifica, frequenza di raccolta, responsabilità di validazione e soglie per l'azione correttiva. Le tranche successive dovrebbero combinare condizioni finanziarie e *milestone* di risultato, relative

alla messa in servizio delle apparecchiature, alle infrastrutture abilitanti, alla disponibilità di ricambi e consumabili, alla manutenzione preventiva, alla funzionalità di EASI, alla formazione verificata e all'uso effettivo delle tecnologie.

5. **Integrare priorità cliniche, capacità infrastrutturali e forniture tecnologiche.**
   La Fase II dovrebbe essere pianificata come intervento integrato, nel quale tecnologie biomedicali, riabilitazione infrastrutturale, manutenzione, disponibilità di ricambi e consumabili e formazione siano componenti inseparabili. Prima dell'approvazione di ciascun investimento, dovrebbe essere predisposto e validato un *Piano di Sviluppo Ospedaliero* per struttura e reparto, definendo priorità cliniche, requisiti tecnici e infrastrutturali, costi, responsabilità, fabbisogni di personale e formazione clinica, tempi di completamento e criteri per il collaudo e la piena messa in servizio.

6. **Differenziare le componenti forniture, manutenzione e formazione nei piani operativo e finanziario.**
   Il piano operativo e il budget della Fase II dovrebbero distinguere chiaramente forniture, manutenzione e sviluppo delle capacità, assegnando a ciascuna componente obiettivi, attività, risorse, cronoprogrammi e indicatori specifici. La manutenzione dovrebbe prevedere piani preventivi per struttura, disponibilità minima di ricambi, tempi di risposta e registrazione degli interventi; la formazione dovrebbe avere carattere pluriennale e non limitarsi alla fase di installazione.

7. **Consolidare il trasferimento di competenze e l'appropriazione dei sistemi di manutenzione.**
   La Fase II dovrebbe includere una componente autonoma, finanziata e monitorata, di trasferimento delle competenze e appropriazione pubblica della manutenzione. Per ogni struttura dovrebbero essere individuati tecnici ospedalieri e punti focali ministeriali, inseriti in un percorso progressivo di formazione teorica, affiancamento pratico, esercitazioni, valutazioni semestrali e certificazione delle competenze. Andrebbero inoltre definiti accessi, ruoli e responsabilità verificabili per ospedali e direzioni tecniche nell'uso di EASI, assicurando titolarità pubblica dei dati e continuità della piattaforma oltre il supporto dell'operatore privato.

8. **Collegare i servizi rafforzati alla rete territoriale.**
   Per ciascun ospedale della Fase II, le direzioni ospedaliere e dipartimentali dovrebbero definire un piano di *referral* che identifichi servizi disponibili, criteri clinici di invio, strutture e contatti per riferimento e contro-riferimento, modalità di trasporto per le urgenze e strumenti di informazione rivolti agli operatori territoriali e alla popolazione. Il piano dovrebbe essere sviluppato con il coinvolgimento delle organizzazioni già attive sul territorio e includere nel monitoraggio dati sul numero, la provenienza e gli esiti dei pazienti riferiti. Un piano di comunicazione e informazione territoriale dovrebbe essere approntato al fine di far conoscere le disponibilità sanitarie migliorate.

9. **Definire un percorso di sostenibilità finanziaria.**
   Nell'ambito degli accordi BSS, la controparte congolese dovrebbe adottare un piano pluriennale di sostenibilità finanziaria che dimostri la disponibilità di risorse aggiuntive per manutenzione preventiva e correttiva, ricambi, consumabili, connettività e funzionamento di EASI, personale tecnico e rinnovo delle apparecchiature. Il piano dovrebbe indicare fonti di finanziamento, capitoli di bilancio, quote di cofinanziamento per struttura e impegni annuali del Ministero della Salute e delle altre istituzioni competenti.

10. **Valorizzare la Fase II come intervento di sistema.**
    La Fase II dovrebbe comprendere una componente progressiva di espansione sistemica, definita sulla base di una mappatura nazionale delle apparecchiature e delle competenze. Tale componente dovrebbe sostenere la riattivazione di tecnologie inutilizzate, il collegamento in rete dei laboratori tecnici, il *mentoring* tra ospedali, la mappatura dei tecnici biomedici e l'adozione di standard comuni per inventariazione, manutenzione e gestione delle apparecchiature. La sua attuazione dovrebbe essere subordinata al consolidamento delle capacità presso le strutture della Fase I.

1. CONTESTO

1.1. La situazione sanitaria in Repubblica del Congo

Situata nell'Africa centrale a cavallo dell'equatore, la Repubblica del Congo si estende su una superficie di 342.000 chilometri quadrati. Secondo l'ultimo censimento generale della popolazione e delle abitazioni (RGPH-5) del 2023, la popolazione del Congo ammonta a 6.142.180 abitanti, è composta prevalentemente da donne (50,3%) ed è caratterizzata da una forte presenza di giovani, con il 75,3% della popolazione di età inferiore ai 35 anni. Il suo tasso di crescita annuale è del 3,2%[1]. Nel 2022, **l'aspettativa di vita** alla nascita della popolazione congolese era di 63,05 anni e variava da 61,5 anni per gli uomini a 64,62 anni per le donne. Brazzaville e Pointe-Noire, le due città principali, ospitano il 58,2% di questa popolazione. La densità demografica varia notevolmente tra le aree urbane (3.646,81 abitanti/km²) e quelle rurali (17,96 abitanti/km²)[2]. La legge n. 3-2003 suddivide attualmente la Repubblica del Congo in 12 dipartimenti, 90 distretti,16 comuni e 23 circoscrizioni.

Nel 2022, il PIL pro capite della Repubblica del Congo era pari a circa 2.520 USD a prezzi correnti, secondo la Banca mondiale. Il Paese era classificato dalla stessa istituzione tra le economie a reddito medio-basso[3]. Nel 2023 l'Indice di Sviluppo Umano (ISU) del Paese era pari a 0,593 e si collocava al 149° posto su un totale di 193 Paesi[4]. Nel 2023, la Banca Mondiale prevedeva per la Repubblica del Congo una crescita del PIL reale pari al 3,5%[5]. Tale ripresa si collocava tuttavia in un contesto di persistenti fragilità socioeconomiche: la disoccupazione colpiva circa il 22% della forza lavoro complessiva, quella giovanile era stimata al 42% nel 2022[6] e il tasso di povertà era pari al 52,5% nel 2020[7]. Le disuguaglianze sociali e territoriali continuavano inoltre a riflettersi nell'accesso ai servizi essenziali, inclusi elettricità, acqua potabile e servizi igienico-sanitari, soprattutto nelle zone rurali. Secondo il Rapporto Mondiale sullo Sviluppo Umano UNDP 2023-2024, l'indice di sviluppo delle donne è pari a 0,564, mentre quello degli uomini è pari a 0,62. Secondo le più recenti stime UNDP disponibili, elaborate sulla base di dati d'indagine 2014/2015, l'Indice di povertà multidimensionale per la Repubblica del Congo era pari a 0,112 e il 24,3% della popolazione risultava in condizione di povertà multidimensionale. Un ulteriore 21,3% era considerato vulnerabile a tale condizione[8].

Il **diritto all'istruzione e alla salute** figura tra i diritti umani sanciti dalla Costituzione del Congo del 25 ottobre 2015. In quest'ottica, il governo ha adottato la legge n. 37-2014 del 27 giugno 2014 che istituisce il Regime di Assicurazione Sanitaria Universale (RAMU), modificata dalla legge n. 12-2023 del 10 maggio 2023, che integra le disposizioni precedenti. Lo Stato congolese rimane fortemente centralizzato, sebbene la Legge n. 10 del 2003 abbia trasferito alcune competenze, tra cui l'assistenza sanitaria di base, agli enti locali. Il **sistema sanitario** rimane caratterizzato da disuguaglianze regionali e socioeconomiche, con disparità nell'accesso all'assistenza sanitaria di base tra le zone rurali e quelle urbane. Queste condizioni hanno ripercussioni sull'offerta di servizi sanitari, sull'accesso agli stessi e, in generale, sulla salute pubblica e sullo sviluppo sostenibile.

[1] République du Congo. Recensement Général de la Population, UNFPA 2023
[2] https://fr.countryeconomy.com/demographie/esperance-vie/congo
[3] World Bank, World Development Indicators / *Congo Economic Update* 2023
[4] UNDP Human Development Report 2023/2024
[5] World Bank, *Macro Poverty Outlook: Republic of Congo*, Spring Meetings. 2023
[6] World Bank, *Strengthening Human Capital for Inclusive and Sustainable Economic Growth in the Countries of Africa Group II.* 2023
[7] République du Congo, *Plan National de Développement Sanitaire 2023–2026.* 2023
[8] UNDP and OPHI, *Global Multidimensional Poverty Index 2024: Poverty amid Conflict*, Country Profile — Congo. 2024

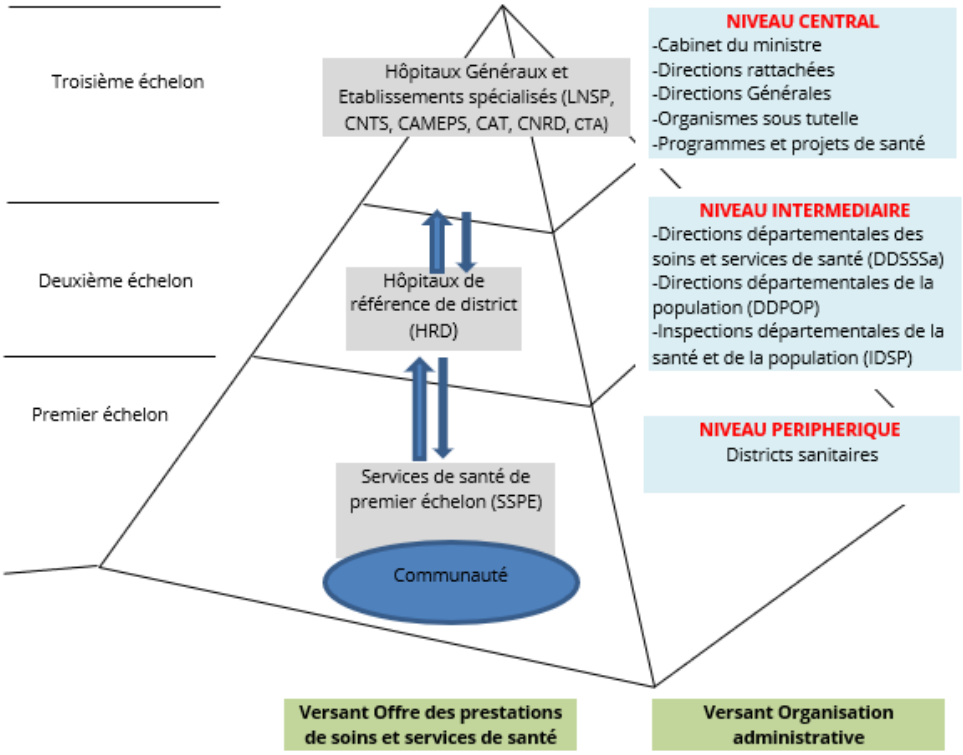
Tabella 1: Principali indicatori sanitari della popolazione del Congo, 2021-2023

Indicatori	Valore (per anno)
Aspettativa di vita alla nascita (in anni)	63,05 (2022)
Tasso lordo di mortalità (per 1.000 abitanti)	7,3 (2023)
Tasso di mortalità materna (per 100.000 nascite)	304 (2023)
Tasso di mortalità neonatale (per 1.000 nati vivi)	20,29 (2023)
Tasso di mortalità infantile (per 1.000 nati vivi)	30,73 (2023)
Tasso di mortalità infantile e giovanile (per 1000 nascite)	45,94 (2023)
Prevalenza della malnutrizione acuta nei bambini di età inferiore ai cinque anni (%)	5,2 (2021)

Fonte: Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Congo 2025–2028

Il sistema sanitario della Repubblica del Congo è organizzato secondo una **struttura piramidale a tre livelli** (o "échelons"), ciascuno con strutture, competenze e finalità differenziate, definite dal Piano Nazionale di Sviluppo Sanitario (PNDS) 2023-2026 e dal decreto presidenziale n. 551 del 15 ottobre 2020.

Figura 1: Organizzazione del sistema della sanità in Congo



Fonte: Plan National de Développement Sanitaire 2023-2026 République du Congo

Il primo livello corrisponde alle cure di base ed è erogato dai **Centri Sanitari Integrati (CSI)**, dai dispensari, dalle infermerie e dagli studi medici ambulatoriali diffusi sul territorio. Le sue funzioni comprendono la prevenzione e promozione della salute, la cura del 90% delle patologie comuni, la riabilitazione (incluso il trattamento della malnutrizione). La popolazione partecipa alla gestione del sistema sanitario distrettuale attraverso i **comitati di gestione (COGES) e i comitati sanitari (COSA)**, organi di partecipazione comunitaria che sostengono il funzionamento del sistema sanitario a livello periferico. Le strutture sanitarie di primo livello costituiscono il primo punto di contatto tra la popolazione e il sistema sanitario e offrono un insieme di attività denominate "pacchetto minimo di attività" (PMA), basate sull'assistenza sanitaria di base. Tali cure e servizi devono essere accessibili

(dal punto di vista geografico, sociale, finanziario e culturale) e accettabili per le popolazioni del territorio di competenza. I Centri Sanitari Integrati sono posti sotto il controllo tecnico di un gruppo dirigente del distretto sanitario. Il centro sanitario integrato è responsabile di tutte le prestazioni sanitarie e dei servizi nell'area sanitaria in cui è situato. I CSI offrono un pacchetto di attività standard che copre le attività informative, preventive, curative, palliative e riabilitative. Esistono tre categorie di CSI:

- CSI con pacchetto minimo di attività standard (CSI/PMAS);
- CSI con pacchetto minimo di attività esteso ai parti (CSI/PMAE tipo I);
- CSI con pacchetto minimo di attività esteso agli interventi chirurgici di base (CSI/PMAE tipo II).

Il secondo livello è rappresentato dagli **Ospedali di Riferimento di Distretto** (HRD), cioè gli ospedali e le cliniche private che agiscono da riferimento per i CSI del territorio. Insieme al primo, questo livello costituisce il perimetro del Distretto Sanitario propriamente detto, dotato di un team manageriale con sede presso l'ospedale distrettuale e responsabil-e di una popolazione e di confini geografici definiti. Ai sensi del Decreto n. 2020-552 del 15 ottobre 2020 relativo alle attribuzioni, all'organizzazione e al funzionamento degli organi di gestione dell'ospedale di riferimento distrettuale, le missioni di questi ultimi sono le seguenti:

- fornire cure promozionali, preventive, curative, palliative e riabilitative di qualità;
- fornire alle donne in gravidanza cure e servizi di qualità per la madre e il bambino;
- garantire la reperibilità e la continuità delle cure ai pazienti, compresi i trasferimenti e i rinvii;
- partecipare alle azioni di sanità pubblica del distretto sanitario, in particolare quelle relative alla salute comunitaria;
- partecipare alla formazione del personale medico, paramedico e di supporto negli ambiti di competenza;
- garantire la gestione delle informazioni sanitarie e la sorveglianza epidemiologica;
- svolgere attività di ricerca operativa.

Il terzo livello comprende gli **Ospedali Generali (HG)** dipartimentali e le strutture sanitarie sotto tutela diretta del livello centrale del Ministero della Salute, con funzione di offrire "cure e servizi sanitari di livello terziario". Questo livello è amministrativamente distinto dal Distretto Sanitario e posto sotto la supervisione diretta del Gabinetto del Ministro, non delle direzioni dipartimentali. La componente operativa è strutturata attraverso gli interventi di 14 programmi specifici e di vari progetti di portata variabile, tra cui i più importanti sono il Programma esteso di vaccinazione (PEV) e i programmi nazionali di lotta contro la malaria, la tubercolosi, l'HIV/AIDS e le infezioni sessualmente trasmissibili. La maggior parte di questi progetti e programmi rimane comunque fortemente dipendente dai finanziamenti e dal supporto internazionale.

1.2. Strategia e Politiche pubbliche

Il Congo dispone di una **Politica Sanitaria Nazionale (PNS)** che copre il periodo dal 2018 al 2030 e ha come visione "un Congo dotato di un sistema sanitario efficiente, resiliente e in grado di garantire l'accesso universale a servizi sanitari di qualità e uno stato di salute ottimale per sostenere in modo sostenibile la crescita e lo sviluppo del Paese"[9]. Per realizzare questa visione, il Paese dispone di un Piano Nazionale di Sviluppo Sanitario (PNDS) pluriennale, attualmente in vigore per gli anni 2023-2026. Al fine di regolamentare in modo più efficace le diverse attività del settore sanitario, negli ultimi cinque anni il governo ha elaborato o rivisto nuovi testi legislativi e regolamentari, tra cui i) la promulgazione di cinque nuovi decreti riguardanti rispettivamente l'organizzazione del Ministero della Salute e della Popolazione (MSP), dell'Ispettorato Generale e delle direzioni generali, ii) l'adozione di quindici leggi relative alla creazione di tutti gli ospedali generali e di altre strutture sotto la loro tutela, e iii) l'adozione di un decreto interministeriale che

[9] République du Congo. *Politique Nationale de Santé 2018-2030 (7.1. Vision)*

suddivide il Paese in 52 distretti sanitari. Conformemente alle disposizioni della Costituzione del 2015 e al fine di rafforzare la governance locale in materia di sanità, sono stati pubblicati diversi decreti, tra cui quelli relativi alle attribuzioni e al funzionamento degli organi di gestione del distretto sanitario, degli organi di gestione dei CSI e dei centri sanitari, nonché del Consiglio Dipartimentale della Sanità. Nonostante questi progressi, il quadro giuridico presenta ancora alcune carenze, in particolare: i) l'insufficienza dei testi di applicazione del PNDS dalla sua prima promulgazione nell'aprile 1992 e ii) il ritardo nell'elaborazione dei testi di applicazione del nuovo decreto relativo all'organizzazione del MSP.

Nel Paese sono stati compiuti importanti progressi nella gestione delle emergenze sanitarie, che hanno consentito di rafforzare la capacità di individuare, prevenire e contenere crisi ed epidemie. L'indice delle capacità richieste per la gestione delle emergenze sanitarie, ai sensi del Regolamento Sanitario Internazionale (RSI), è passato dal 44% nel 2017 al 54% nel 2019, mentre l'indice di protezione contro le emergenze sanitarie è passato dal 57% nel 2018 al 61,2% nel 2019[10]. Anche la preparazione alle emergenze sanitarie ha registrato progressi, con un punteggio passato dal 45% nel 2018 al 67% nel 2020[11]. Le valutazioni esterne congiunte del RSI condotte nel 2019 e nel 2023 hanno facilitato l'elaborazione e l'attuazione dei piani d'azione nazionali per la sicurezza sanitaria (PANSS) 2020-2024 e 2024-2028.

Nell'ambito della sicurezza sanitaria, il Paese sta attuando tre iniziative regionali, ovvero PROSE (Promuovere la resilienza dei sistemi di fronte alle situazioni di emergenza), TASS (Trasformare i sistemi di sorveglianza in Africa) e SURGE (Rafforzare e utilizzare i gruppi di intervento in caso di emergenza). Inoltre, il Paese dispone di una struttura di coordinamento in materia di sicurezza sanitaria in linea con l'approccio «One Health», nonché di sistemi nazionali di sorveglianza epidemiologica, laboratori e un Centro operativo per le emergenze di sanità pubblica (COUSP). Per reagire efficacemente alle emergenze sanitarie ricorrenti quali epidemie e catastrofi naturali, il Congo ha elaborato inoltre la propria mappatura dei rischi nel dicembre 2022 utilizzando lo strumento STAR dell'OMS. Questo esercizio ha permesso di identificare e analizzare 30 rischi, tra cui le inondazioni (rischio molto elevato), oltre ai rischi elevati legati alle epidemie (colera, febbre gialla, morbillo, vaiolo delle scimmie, ecc.) e agli incidenti industriali. Il Paese, libero dal poliovirus selvaggio da molti anni, deve tuttavia ancora affrontare epidemie legate a ceppi derivati dal vaccino.

Permangono tuttora alcune sfide importanti: i) una mobilitazione limitata delle risorse interne che ostacola il finanziamento sostenibile del PANSS; ii) delle insufficienti capacità di sorveglianza, in particolare per quanto riguarda la farmacoresistenza e le infezioni correlate all'assistenza sanitaria; iii) un sistema di sorveglianza basato sugli eventi ancora incompleto in tutti i settori; iv) limitate capacità nei punti di ingresso conformemente alle prescrizioni RSI e v) la mancata operatività di una rete nazionale di laboratori.

Il Congo si è appena dotato, con il decreto n. 2024-2696 del 18 novembre 2024, di una piattaforma nazionale **«Una sola salute».** In linea con gli accordi internazionali, diversi Ministeri stanno impegnandosi in attività relative al miglioramento dei determinanti sociali della salute[12]. Ad esempio per quanto riguarda la sicurezza alimentare, il Ministero responsabile dello sviluppo industriale e della promozione del settore privato funge da punto focale nazionale del Codex Alimentarius; il Ministero dell'Agricoltura, dell'Allevamento e della Pesca dispone del Centro nazionale di controllo delle epizoozie e del Comitato nazionale per la gestione dei pesticidi. Il Ministero responsabile per l'ambiente coordina la prevenzione e la lotta contro l'inquinamento e i disturbi ambientali ed è impegnato in un partenariato con l'ufficio nazionale dell'OMS, al fine di promuovere la triplice tematica Salute, Ambiente e Cambiamenti Climatici. Il Ministero dell'Interno, del Decentramento e dello Sviluppo Locale infine coordina le sezioni e le brigate responsabili della pulizia delle città.

[10] OMS, *State Party Self-Assessment Annual Reporting (SPAR) for IHR*, République du Congo. Années 2017 et 2019
[11] Ministère de la Santé et de la Population, République du Congo, *Plan national de développement sanitaire 2023–2026*
[12] https://sgg.cg/JO/2020/congo-jo-2020-02-sp.pdf

Il Ministero della Salute e della Popolazione sta inoltre intensificando, nell'ambito dell'attuazione del Piano Nazionale di Sviluppo Sanitario (PNDS) 2023-2026, delle strategie di advocacy per l'accelerazione del **raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile** (SDG) relativi alla salute. Questa attività di advocacy si concentra sulla necessità di onorare gli impegni assunti nella Dichiarazione di Abuja del 2001, che mirano ad aumentare al 15% la quota del bilancio sanitario nel bilancio nazionale complessivo. Tale attività si concentra anche sul rafforzamento di meccanismi innovativi per mobilitare risorse aggiuntive a livello nazionale per il settore sanitario. In cambio, il Ministero della Salute e della Popolazione deve garantire una gestione efficiente di tutte le risorse, e in particolare delle risorse finanziarie mobilitate per l'attuazione del PNDS 2023-2026. Tale gestione si basa sui principi di responsabilità e rendicontazione reciproca attraverso il rafforzamento del meccanismo di monitoraggio e controllo e la revisione periodica della spesa sanitaria pubblica. La tabella che segue ricapitola il budget per linee del programma del PNDS (in milioni di FCFA).

Tabella 2: Budget per linea di programma del PNDS 2023-2026

PROGRAMMA	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025	Anno 2026	Totale	%
1: Rafforzamento della governance e del finanziamento del settore sanitario	34 097,67	35 055,92	34 831,67	34 559,92	138 545,18	16,9%
2: Promozione di migliori condizioni di salute e del benessere della popolazione	12 940,33	80 266,35	150 777,86	224 879,74	468 864,28	57,3%
3: Miglioramento dell'accesso della popolazione a pacchetti di servizi essenziali di qualità	20 512,07	35 758,82	30 995,32	26 007,04	113 273,25	13,9%
4: Rafforzamento della sicurezza sanitaria, gestione delle epidemie e di altre situazioni di emergenza	21 940,00	28 216,00	29 064,00	17 742,00	96 962,00	11,9%
Totale	**89 490,07**	**179 297,08**	**245 668,85**	**303 188,69**	**817 644,70**	**100,0%**

Fonte: Plan National de Développement sanitaire 2023-2026

I **partner tecnici e finanziari** (PTF) che affiancano il Congo nell'attuazione della sua politica sanitaria comprendono essenzialmente le agenzie del sistema delle Nazioni Unite, tra cui l'OMS, l'UNICEF, il Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA), il Programma alimentare mondiale (PAM), l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati (UNHCR), il Programma delle Nazioni Unite per lo sviluppo (UNDP), l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura (UNESCO), l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO), il Programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (UNAIDS), istituzioni di cooperazione multilaterale (Banca Mondiale; Gavi, l'Alleanza per i Vaccini; Fondo Globale; Unione Europea), delle cooperazioni bilaterali (Francia, Russia, Stati Uniti d'America, Cina, Italia, ecc.) e delle ONG internazionali e nazionali, nonché delle confessioni religiose. L'ufficio di rappresentanza dell'OMS svolge inoltre una funzione di consulenza presso il Ministero della Salute e della Popolazion (MSP), fungendo da ponte e facilitando il dialogo politico in materia di salute tra i PTF da un lato e tra i PTF e il governo dall'altro.

2. AMBITO DELLA VALUTAZIONE

2.1. L'iniziativa in esame

Il programma AID 013158 è stato disegnato sulla base di una richiesta formale del governo congolese e del Documento di Progetto trasmesso dal Ministero della Cooperazione Internazionale e della Promozione del Partenariato Pubblico-Privato (MCIPPPP) al Governo Italiano. Il programma, della durata prevista di **36 mesi,** con avvio stimato al 1° gennaio 2025 e chiusura al 31 dicembre 2027, è stato classificato come aiuto bilaterale slegato. Il finanziamento, per un importo totale di 45 milioni di euro, è stato approvato dal Comitato Congiunto per la Cooperazione allo Sviluppo del MAECI con le Delibere n. 109 e n. 110 del 30 settembre 2024, attraverso un credito concessionale ai sensi dell'art. 8 della L. 125/2014 (35 milioni, pari al 77,8% del totale) e una componente a dono bilaterale (10 milioni, pari al 22,2%). Riguardo ai criteri OCSE-DAC, il programma è classificato nei settori *Health policy and administrative management* (10%), *Medical services* (40%), *Basic health infrastructure* (30%) e *Health personnel development* (20%).

La struttura logica del programma si è articolata su due livelli di obiettivo chiaramente distinti:

- **Obiettivo generale**: Contribuire al miglioramento dell'accesso e all'ampliamento della copertura dei servizi sanitari per la popolazione della Repubblica del Congo.
- **Obiettivo specifico**: Garantire l'adeguamento delle strutture sanitarie del Paese attraverso il raggiungimento di uno standard prestazionale di servizi.

Il programma si è strutturato attorno a **tre risultati attesi**, ciascuno con indicatori e target specifici:

Tabella 3: Risultati e indicatori del Programma

Risultato	Descrizione	Target principale
R.1	Strutture sanitarie target identificate e rese efficienti in termini di infrastrutture e risorse energetiche	+40% di miglioramento delle prestazioni
R.2	Strutture dotate di apparecchiature elettro-biomediche di qualità standardizzate a livello nazionale	Disponibilità (uptime) 96% e tasso di utilizzo 80% (media trimestrale)
R.3	Piattaforma tecnica sanitaria nazionale resa funzionale con personale formato e sistemi di manutenzione operativi	75% del personale che ha migliorato le competenze; tempi di risposta ai guasti: 24h per guasti bloccanti, 48h per guasti non bloccanti

Le attività previste si dovevano sviluppare lungo quattro assi complementari:

- **Adeguamento infrastrutturale** opere di messa a norma strutturale e miglioramento dell'efficienza idro-energetica;
- **Dotazione di equipaggiamenti**: manutenzione, smaltimento e sostituzione di apparecchiature obsolete; acquisto e distribuzione di nuovi equipaggiamenti secondo standard internazionali europei;
- **Formazione del personale**: formazione continua del personale tecnico e sanitario sull'utilizzo e la manutenzione degli equipaggiamenti; formazione clinica del personale medico specializzato; riconoscimento di nuove figure professionali di ingegneria biomedica a livello nazionale;

- **Creazione di infrastrutture tecnico-gestionali**: istituzione o rivitalizzazione di strutture tecniche locali e di un centro di coordinamento centrale digitalizzato per la gestione e la manutenzione della piattaforma tecnica.

La modalità di attuazione prescelta è stata quella di **Budget Support Settoriale (BSS)**, ossia un sostegno diretto al bilancio dello Stato congolese nel settore della salute. Questa scelta rispondeva al principio di *ownership*, riducendo i costi di transazione dell'assistenza e assegnando al governo congolese il pieno controllo sulla programmazione e sull'utilizzo dei fondi, in conformità con i piani strategici settoriali nazionali. Il soggetto esecutore e responsabile della gestione dei fondi è il **Ministero della Cooperazione Internazionale e della Promozione del Partenariato Pubblico** (**MCIPPPP)**, che ha stabilito di avvalersi, in conformità con la legge congolese (Decreto 2009-156), di una **Delega di Servizio Pubblico (DSP)** per l'affidamento delle attività di acquisizione di beni e servizi, a una compagnia specializzata.

L'approccio del programma è stato concepito in un'ottica di **sostenibilità** a lungo termine. La formazione continua del personale tecnico-sanitario, finalizzata a creare competenze locali stabili nell'ingegneria biomedica, unitamente alla creazione di un centro di coordinamento centralizzato per la gestione della piattaforma tecnica, doveva mirare a rendere il Ministero della Salute e della Popolazione **autonomo nella gestione delle attrezzature** senza una dipendenza permanente da supporto esterno. La logica del programma era orientata inoltre alla sua **replicabilità**: i risultati ottenuti nelle strutture inizialmente selezionate avrebbero dovuto fornire una base di conoscenza e un modello operativo scalabile, contribuendo a costruire un sistema sanitario di riferimento più equilibrato ed efficiente sull'intero territorio congolese.

Il Programma ha avuto un iter di negoziazione piuttosto rapido tra febbraio e settembre 2024, a seguito della presentazione, da parte del Ministero della Cooperazione Internazionale del Congo, di una richiesta di prestito agevolato per finanziare il contratto con un operatore privato, nel quadro di un programma miglioramento delle infrastrutture ospedaliere. In un documento più articolato, è stato poi definito un progetto di **durata quinquennale,** con un **costo totale stimato di 238 milioni di euro** (equivalente a 156,4 miliardi di FCFA). Nel **settembre 2024,** una Nota del Viceministro degli Esteri italiano comunicava formalmente, attraverso l'Ambasciata Italiana a Brazzaville, la disponibilità italiana a mobilitare **45 milioni di euro** (35 milioni come credito agevolato e 10 milioni come dono), con la prospettiva di ulteriori finanziamenti legati ai risultati del primo stanziamento. A seguito della accettazione da parte congolese di questa proposta, l'**Accordo intergovernativo** tra Italia e Congo è stato firmato a **Roma il 25 novembre 2024,** rimodulando di fatto l'intervento su questa base finanziaria. Il progetto è stato formalmente **avviato il 15 luglio 2025**. L'intervento si è realizzato in 6 ospedali generali (Adolphe Sice, Blanche Gomez, Loandjili, Dolisie, 31 Juillet d'Owando, Edith Lucie Bongo Ondimba/Oyo) e 3 strutture di secondo livello (Makélékélé, Talangaï, CNTS). Il Plan de Travail, formulato nel **maggio 2025**, ha concentrato l'intervento tecnico su specifici reparti prioritari per ciascun ospedale (terapia intensiva, sala operatoria, neonatologia, pronto soccorso) anziché sull'intera struttura.

2.2. Gli obiettivi della valutazione

La presente valutazione si è configurata come **valutazione d'impatto,** condotta in conformità ai criteri OCSE-DAC, con una funzione strategica peculiare rispetto all'ordinario ciclo valutativo: essa non doveva limitarsi a rendicontare i risultati conseguiti, ma era chiamata a fornire evidenze prospettiche utili a **orientare le future decisioni di programmazione**, in un contesto in cui il governo italiano ha già manifestato la disponibilità a procedere al finanziamento di fasi successive del programma.

In coerenza con i Termini di Riferimento, la valutazione ha perseguito dunque i seguenti obiettivi specifici:

1. **Analisi dell'efficacia e dell'impatto.** Valutare in che misura l'intervento abbia migliorato la capacità degli ospedali target di erogare cure avanzate, diagnostica di qualità e terapie efficaci, analizzando sia i risultati direttamente conseguiti (operatività delle apparecchiature, continuità dei servizi, tempi di risposta ai guasti) sia i primi effetti osservabili sulla qualità dell'accesso della popolazione alle cure, in particolare per i gruppi più vulnerabili.
2. **Valutazione della sostenibilità del modello di intervento.** Analizzare se le condizioni tecnico-organizzative create dall'intervento (laboratori tecnici ospedalieri, sistema informatizzato EASI, formazione del personale, contratto DSP) siano state le più idonee a generare benefici duraturi oltre la durata del finanziamento italiano, con una attenzione alla effettiva autonomia gestionale delle strutture sanitarie e del Ministero della Salute e della Popolazione nella manutenzione delle tecnologie biomediche.
3. **Verifica della coerenza interna ed esterna.** Esaminare la coerenza del programma con le politiche sanitarie nazionali (PNDS 2023-2026), con le priorità della Cooperazione italiana e con le iniziative degli altri partner di sviluppo attivi nel settore sanitario congolese (Banca Mondiale, AFD, UE), anche in considerazione della peculiarità dello strumento BSS, che riconosce la *leadership* del governo congolese nell'attuazione e nella gestione delle risorse.
4. **Analisi della modalità BSS in relazione agli esiti del programma.** Poiché lo strumento del sostegno al bilancio settoriale implica che la responsabilità di esecuzione risieda integralmente nella controparte congolese, e che il finanziamento sia erogato a fronte di condizionalità ex ante (presentazione del piano di lavoro approvato dal Comitato di Pilotaggio) e di audit intermedi, la valutazione doveva esprimersi sull'adeguatezza di questo strumento rispetto alla complessità dell'intervento, analizzando in particolare: la qualità dei meccanismi di governance e supervisione, la tracciabilità della spesa, il rispetto delle condizionalità di erogazione e l'efficienza nell'utilizzo delle risorse pubbliche italiane.
5. **Identificazione delle condizioni per fasi di finanziamento successive.** Considerato che il governo italiano ha confermato la disponibilità a procedere al finanziamento delle fasi successive del programma a seguito della conclusione della prima fase, la valutazione doveva identificare i fattori abilitanti e i rischi strutturali che possono influenzare la decisione di proseguire il programma, fornendo evidenze circa: la solidità del modello di intervento, la replicabilità e scalabilità dei risultati, l'adeguatezza istituzionale della controparte congolese a gestire risorse aggiuntive, e le modalità di finanziamento più appropriate per le fasi future.
6. **Apprendimento strategico e *accountability***. Produrre conclusioni e raccomandazioni basate su evidenze oggettive, triangolate e credibili, tali da consentire al MAECI-DGCS di elaborare un'adeguata *evaluation management response* e da alimentare la programmazione futura della Cooperazione italiana nel settore sanitario congolese, anche nel quadro del Piano Mattei per l'Africa.

3. QUADRO TEORICO E METODOLOGICO

3.1. Impianto metodologico

La valutazione dell'iniziativa è stata condotta in conformità ai criteri OCSE-DAC del 2019 e alle Linee Guida DGCS per la valutazione d'impatto degli interventi di cooperazione allo sviluppo. Il processo valutativo è stato esplicitamente *utilisation-focused*: le sue conclusioni rispondono a un'esigenza concreta e urgente del MAECI, che è quella di disporre di evidenze affidabili sui risultati della Fase I per orientare la decisione sul finanziamento di una seconda fase, formalmente richiesta dal governo congolese. L'intero processo rispetta i principi di utilità, credibilità, indipendenza, imparzialità, trasparenza ed eticità, conformemente agli standard della DGCS e ai *Quality Standards for Development Evaluation* dell'OCSE/DAC.

Il team ha adottato un **approccio misto** (*mixed-methods*) che combina:

- **Results-Based Approach (RBA)**: per l'analisi sistematica delle evidenze rispetto agli output e agli outcome previsti nel Quadro Logico;
- **Theory-Based Approach (TBA)**: per esaminare criticamente le ipotesi causali sottostanti al disegno dell'intervento e verificare ex post la validità della Teoria del Cambiamento (TdC);
- **Three-step approach** per la valutazione del budget support: (i) *contribution analysis* per la catena input → output; (ii) *attribution analysis* per la catena outcome → impatto; (iii) analisi integrata finale.

La Teoria del Cambiamento (TdC) elaborata nel Rapporto di Avvio è stata oggetto di verifica critica durante la fase di campo, identificando le ipotesi che si sono rivelate valide, quelle che non si sono verificate, e i fattori contestuali che hanno influenzato la catena causale. È stato in particolare analizzato il nesso tra il modello di gestione integrata basato su DSP e la effettiva generazione di autonomia strutturale da parte delle strutture sanitarie, che rappresenta la condizione abilitante per qualsiasi finanziamento aggiuntivo. Sulla base della TdC ricostruita e della Matrice di Valutazione, sono state prodotte le risposte ai quesiti indicati nei Termini di Riferimento (TdR) opportunamente ridefiniti e articolati intorno ai sei criteri OCSE-DAC, con particolare enfasi su impatto e sostenibilità, in ragione della funzione strategica prospettica della valutazione. Come allegati 4 e 5 al presente Rapporto si riportano la Teoria del Cambiamento definitiva e la Matrice di Valutazione completa.

3.2. Fasi della valutazione

La valutazione è stata strutturata in tre fasi: **avvio, raccolta dati e redazione del rapporto**. Le circostanze di urgenza della esecuzione dell'intero processo hanno imposto una significativa contrazione della tempistica della fase di avvio, per consentire la realizzazione della missione di terreno durante la prima metà del mese di luglio 2026. La **fase di avvio** si è svolta tra i mesi di giugno ed inizio luglio 2026, a seguito del *kick-off meeting* tenutosi a Roma presso il MAECI il 18 giugno 2026, cui ha fatto seguito la comunicazione formale di avvio del 19 giugno. In questo periodo, sono state effettuate interviste preliminari con la sede AICS competente, con l'Ambasciata Italiana a Brazzaville e con alcuni stakeholder locali, per ottenere informazioni dirette sulla genesi, la programmazione e l'esecuzione dell'iniziativa, ed è stata svolta un'analisi preliminare della documentazione disponibile sull'iniziativa. Sulla base degli elementi raccolti, il Team ha proceduto a valutare la presenza di lacune informative, le condizioni di esecuzione della valutazione e la logistica

della fase di terreno. È stato infine elaborato il cronoprogramma dettagliato della fase di terreno, ed elaborato il Rapporto di Avvio, presentato in data 1 luglio e approvato in data 8 luglio 2026.

L'analisi desk preliminare ha consentito la revisione della TdC e della Matrice di Valutazione, mentre si sono precisati i ruoli e gli obiettivi della missione di campo, distribuendo la presenza del team in loco in modo leggermente differenziato: il Team Leader ha avviato la missione ed è stato raggiunto dall'esperto sanitario una settimana dopo, con una sovrapposizione di tre giorni. Il Team Leader si è dedicato alle **interviste con i soggetti istituzionali e alle visite congiunte** con il Rappresentante dell'Agenzia Italiana per la Cooperazione (AICS), mentre l'esperto sanitario ha seguito principalmente gli incontri con gli altri donatori operanti nel settore, i soggetti locali e i beneficiari diretti del progetto. Entrambi gli esperti internazionali, coadiuvati dall'esperto locale, hanno partecipato al programma di visite delle strutture ospedaliere coinvolte nel progetto, messo a punto dall'ufficio AICS. Si è infatti convenuto circa l'opportunità di svolgere, almeno parzialmente, la missione di terreno congiuntamente alla missione di monitoraggio prevista da AICS al termine delle attività. Trattandosi di un progetto in modalità BSS, la presenza contemporanea dei valutatori indipendenti e del personale AICS, non direttamente coinvolto nella fase esecutiva, non è stata considerata un ostacolo al buon esito della valutazione.

La **missione di terreno** si è svolta dal 5 al 19 luglio 2026 e ha incluso le visite ai siti di realizzazione dell'intervento, presso le strutture sanitarie a Brazzaville, a Pointe Noire ad Oyo e ad Owando. Visite, interviste e focus group sono stati condotti con testimoni privilegiati e su un campione dei beneficiari diretti, mediante l'utilizzo di tracce semi-standardizzate, adattate per ciascuna tipologia di stakeholder. L'elenco delle persone incontrate è presente come Allegato 3 al presente Rapporto, mentre un esempio di traccia di intervista figura come Allegato 6. L'intero team ha lavorato durante la missione in una continua **condivisione dei risultati e in stretta collaborazione** con i Rappresentati dell'Ambasciata Italiana e dell'ufficio AICS. Al termine della sua permanenza, il Team Leader ha presentato in una sessione di debriefing con i principali stakeholder locali i risultati preliminari della valutazione; l'esperto sanitario ha poi continuato gli incontri, mentre l'esperto locale ha contribuito ad integrare la documentazione con altre fonti secondarie. Al termine della missione è stata consegnata dal Team Leader una Nota sintetica sui principali risultati preliminari, ad uso del MAECI-DGCS. La tabella che segue mostra sinteticamente il cronogramma delle attività svolte.

Tabella 4: Cronogramma della attività svolte durante la missione

Giorno	Luogo	Attività	Partecipanti Team
05/07/2026	Brazzaville	Incontro con AICS/Ambasciata	Team Leader
06/07/2026	Brazzaville	Incontro Ministero Salute Incontro Ministero Cooperazione Visita Osp. Gén. Makelekele Visita Osp. Maternel Blanche Gomes	Team Leader
07/07/2026	Brazzaville	Visita Osp. Bacongo Visita CNTS Visita Osp. Talangani Intervista DG/Staff Osp. Makelekele	Team Leader Esperto locale
08/07/2026	Brazzaville	Intervista DG/Staff Osp. Blanche Gomes	Team Leader Esperto locale
09/07/2026	Pointe Noire	Visita osp. Loandjili Visita osp. Adolphe Sicé	Team Leader
	Brazzaville	Raccolta dati situazione sanitaria	Esperto locale
10/07/2026	Pointe Noire	Intervista Resp. ONG AVSI Intervista Dir. Départ. Santé Pointe Noire	Team Leader
	Brazzaville	Raccolta dati situazione sanitaria	Esperto locale
11/07/2026	Brazzaville	Incontro resp. Cooperazione UE	Team Leader
12/07/2026	Brazzaville	Team Meeting Aggiornamento agenda degli incontri. Incontro delegato AICS Abidjan	Team Leader Esperto Sanitario Esperto locale
13/07/2026	Brazzaville	Intervista Dir. Equipements Min. Santé Intervista Dir. Cabinet Min. Finances	Team Leader

Giorno	Luogo	Attività	Partecipanti Team
		Intervista online Consigliere Min. Cooperazione	
	Oyo	Visita Hôpital Général Edhit Luicie Bongo Ondimba d'Oyo (Cuvette) Intervista DG Ospedale Generale Oyo Intervista Collettiva Personale dei reparti maternità, pronto soccorso, laboratorio e farmacia Osp. Oyo; Intervista Collettiva Pazienti del Pronto Soccorso e della Maternità Osp. Oyo; Intervista Collettiva Personale del Servizio Tecnico di Manutenzione apparecchiature Osp. Oyo; Intervista Punto focale per la Cooperazione Internazionale del Ministero della Sanità; Intervista Punto focale per il Partenariato Pubblico Privato del Ministero della Cooperazione Internazionale del Congo.	Esperto Sanitario
14/07/2026	Brazzaville	Intervista online Direttore AICS Abidjian	Team Leader
	Owando	Visita Hôpital Général 31 Juillet d'Owando. (Cuvette) Intervista Direzione e Amministrazione Ospedale d'Owando; Intervista Collettiva Pazienti del Pronto Soccorso e della Maternità; Intervista Collettiva Personale del Servizio Tecnico di Manutenzione apparecchiature ospedaliere. Visita Prefetto del Dipartimento della Cuvette	Esperto Sanitario
15/07/2026	Brazzaville	Debriefing missione con Ministro della Salute, Direttore del Dipartimento Amministrazione e Finanze del Ministero della salute; Debriefing Ambasciatore Italiano e Delegato AICS Abidjan	Team Leader Esperto Sanitario Esperto locale
		Intervista Responsabile salute Banca Mondiale Intervista Rappresentante OMS	Esperto Sanitario Esperto locale
16/07/2026	Brazzaville	Intervista Direzione degli Ospedali e Direzione della Salute Riproduttiva del Ministero della Salute; Intervista Collettiva Pazienti degli Ospedali target di Brazzaville. Incontro UNFPA, CCN-GF, ONG locali Intervista Rettore dell'Università di Medicina di Brazzaville.	Esperto Sanitario Esperto locale
17/07/2026	Brazzaville	Intervista Nunzio Apostolico Congo; Intervista OMS AFRO, UN Resident coordinator, UNDP.	Esperto Sanitario
18/07/2026	Brazzaville	Debriefing con punto focale cooperazione internazionale del Ministero della Salute; Contatti con UNESCO e UNICEF.	Esperto Sanitario

La **fase di reportistica** si è infine svolta tra i mesi di agosto e settembre 2026. Il Team di Valutazione ha innanzitutto predisposto la versione draft del Rapporto, contenente l'analisi valutativa dettagliata per Domanda Valutativa (DV), le conclusioni, le raccomandazioni e le principali lezioni apprese, secondo lo schema incluso nei TdR. La stesura del Rapporto si è fondata su quattro principi guida: i) rispetto del quadro di valutazione e rigore dell'analisi; ii) utilità delle raccomandazioni; iii) efficacia ed accessibilità della comunicazione; iv) conformità agli standard internazionali. A seguito della consegna della versione draft è stato previsto un **workshop di discussione**, finalizzato alla discussione dei commenti ricevuti da parte del Committente, successivamente da integrare nella versione finale del documento. Una volta approvato il Rapporto definitivo, è stato infine previsto un **seminario conclusivo di restituzione dei risultati**, con la partecipazione dei principali stakeholder.

3.3. Modalità di raccolta e analisi dati

La valutazione è stata caratterizzata da un **design a metodi misti** che ha combinato tecniche di raccolta dati sia primarie che secondarie, su dati sia quantitativi che qualitativi, permettendo al Team di Valutazione di collezionare una ampia gamma di informazioni diversificate. La selezione degli strumenti di raccolta è stata effettuata in funzione della disponibilità e qualità dei dati, delle singole questioni da esaminare e delle caratteristiche dei gruppi target coinvolti. Inoltre la natura del Programma, che applicava il Budget Support Settoriale con esecuzione tramite Delega di Servizio Pubblico, ha richiesto una strategia di raccolta dati differente da quella applicabile a un intervento a gestione diretta. I fondi trasferiti sul bilancio del Tesoro congolese dovevano infatti essere stati integrati nel sistema della finanza pubblica del paese partner, mentre gli output tecnici dovevano essere prodotti da un operatore privato che opera su mandato del MCIPPPP, senza relazioni dirette col donatore. L'analisi documentale preliminare ha rilevato infine alcune criticità che hanno influito sull'impianto metodologico:

- **Assenza di baseline formalizzata**: il Documento di Progetto indicava tutti i valori di baseline come "*TBD* — da identificare nel report di *assessment* iniziale", condizionalità che non risulta essere stata formalizzata. Il "Plan de Travail", documento che maggiormente si avvicina alle caratteristiche di un *assessment*, ha natura esclusivamente operativa e finanziaria e conferma esplicitamente l'assenza di dati di partenza sistematici;
- **Mancata operatività del Comitato Tecnico di Monitoraggio**: previsto dal Comitato di Pilotaggio (COPIL), questo organismo non risultava ancora attivo alla data dell'ultimo verbale disponibile;
- **Limitata tracciabilità finanziaria**: il COPIL del 25 febbraio 2026 segnalava la necessità di verificare la separazione contabile tra componente credito e componente dono, e la tracciabilità dei pagamenti di Althea ai subappaltatori, per analizzare della qualità del *public financial management* congolese.

Tutto questo ha determinato la logica della strategia di raccolta dati, che ha costruito progressivamente delle evidenze convergenti da fonti eterogenee, verificate e triangolate sistematicamente. Si è cercato di ricostruire una situazione di contesto il più possibile aderente alle condizioni di avvio del progetto, utilizzando i dati del Sistema Informativo Sanitario, i rapporti nazionali del PNDS 2023-2026, i dati OMS e Banca Mondiale e attualizzandoli con documenti recenti. Si è poi cercato di ricostruire attraverso i documenti la catena causale tra gli input finanziari e di dialogo politico provenienti dall'Italia e i possibili cambiamenti di governance e spesa sanitaria congolese. D'altra parte non è stato possibile documentare le performance tecniche del modello DSP e il raggiungimento degli indicatori contrattuali del rapporto con l'operatore privato, non avendo potuto disporre del contratto completo MCIPPPPP–Althea EM e dei dati del sistema EASI.

L'analisi è stata in seguito condotta adottando un approccio di **triangolazione metodologica**, attraverso il quale ciascuna DV è stata esaminata mediante l'utilizzo complementare di più fonti e strumenti, così da garantire la robustezza delle evidenze raccolte e la validità dei risultati ottenuti.

3.3.1. Analisi Desk

L'analisi desk è stata condotta come **fase preliminare strategica** per costruire il quadro conoscitivo di riferimento necessario a supportare l'intero processo di indagine, attraverso la raccolta e l'elaborazione di dati secondari, sia quantitativi che qualitativi. La documentazione esaminata si articola in **tre principali categorie**: i) documenti progettuali ufficiali; ii) materiali prodotti nell'ambito del progetto dai diversi attori implicati; iii) documentazione normativa, strategica e di indirizzo relativa al quadro settoriale nazionale ed internazionale. Tale documentazione è stata inizialmente fornita dal MAECI e da AICS, e successivamente integrata attraverso l'indagine diretta del Team di Valutazione. Per garantire una revisione ampia, sistematica e completa di tutta la documentazione

disponibile, i materiali raccolti sono stati organizzati e catalogati in un archivio strutturato. L'analisi così effettuata ha orientato in modo mirato la progettazione degli strumenti di indagine primaria, al fine di garantire una copertura quanto più possibile esaustiva dell'oggetto di studio. Si rimanda all'Allegato 2 per la lista completa della documentazione consultata.

Un problema specifico ha riguardato la **ricostruzione di una baseline** affidabile prevista nel Rapporto di Avvio, con cui confrontare le risultanze della valutazione. La sua implementazione ha incontrato i seguenti ostacoli concreti che ne hanno reso l'esecuzione non realizzabile con il grado di attendibilità necessario a supportare un giudizio controfattuale robusto nei termini previsti:

- **Eterogeneità e non comparabilità delle fonti disponibili.** Le statistiche nazionali MSP/OMS forniscono per loro natura dati aggregati su mortalità e utilizzo dei servizi a livello di sistema sanitario nazionale o distrettuale, mentre non sono risultate disponibili informazioni sulle unità di intervento del progetto (singolo reparto/servizio nelle 9 strutture selezionate), rendendo impossibile isolare l'effetto attribuibile al progetto da altre dinamiche di sistema;
- **Non congruità con i target del quadro logico.** Il quadro logico originario, come emerso dalle interviste ai funzionari italiani, si basava su un'analisi dei bisogni piuttosto generica e priva di verifiche approfondite, e comunque non supportata da documentazione diretta delle parti interessate. In assenza di un processo di identificazione dei bisogni documentato e tracciabile a monte, qualsiasi ricostruzione ex-post della baseline tramite interviste retrospettive avrebbe rischiato di non essere ancorabile a target originari certi e compatibili con il quadro logico di partenza;
- **Impossibilità di accesso ai log EASI del primo inventario.** Il censimento iniziale delle attrezzature è stato realizzato dall'operatore privato manualmente e in assenza di un inventario preesistente, tramite una codifica proprietaria, non concepita per finalità valutative o comparative, mentre non è stato possibile, sempre in base alla riservatezza, acquisire i report del sistema EASI, né nella fase desk né nella fase di terreno.

3.3.2. Analisi di terreno

L'analisi di terreno è stata progettata come componente della metodologia di indagine per **raccogliere evidenze primarie** attraverso il coinvolgimento diretto degli stakeholder e dei beneficiari del progetto, al fine di verificare i dati secondari precedentemente elaborati triangolandoli con nuove informazioni, percezioni e nessi causali che l'analisi desk difficilmente riesce a restituire. Nello svolgimento delle analisi il Team ha applicato un metodo partecipativo, che implica la considerazione di una varietà di valori e prospettive, la necessità di rispondere agli interessi di diversi stakeholder, così come la promozione di rapporti collaborativi nello svolgimento degli incontri. L'attività si è giovata del fondamentale supporto dell'Ambasciata Italiana a Brazzaville, che ha facilitato il contatto iniziale con i diversi destinatari nonché supportato il Team di Valutazione durante l'intero processo d'indagine, favorendo la credibilità e promuovendo la cooperazione necessaria per il buon esito della ricerca. L'analisi di terreno è stata condotta principalmente attraverso **tre strumenti di raccolta dati**: i) osservazioni dirette nelle strutture ospedaliere interessate dal progetto ii) interviste semi-strutturate a stakeholders istituzionali e testimoni privilegiati; iii) interviste collettive con gruppi di beneficiari e pazienti.

Nelle strutture visitate è stata eseguita una **verifica fisica** delle aree di installazione delle apparecchiature, dei laboratori tecnici ospedaliero, e degli adeguamenti infrastrutturali effettuati (impianto elettrico, idraulico, condizionamento), come pure la disponibilità di documentazione operativa e di manutenzione presso i reparti. Le **interviste semi-strutturate**, hanno riguardato la governance bilaterale (MAECI-DGCS, AICS Abidjan, Ambasciata italiana, Ministeri e Direzioni territoriali coinvolte), la governance sanitaria (MCIPPPP e MSP/DG Équipements), e le strutture operative (direzioni ospedaliere, responsabili di reparto e personale tecnico). Con gli attori internazionali operanti nel settore nel Paese (OMS Brazzaville, UNFPA, Fondo Globale, Banca Mondiale) si sono verificate la coerenza esterna dell'intervento e la presenza di sinergie o

sovrapposizioni con altri programmi nel settore sanitario congolese. Infine le **interviste collettive** hanno riguardato il personale sanitario e tecnico, i pazienti e i loro accompagnatori, gli operatori della società civile.

La metodologia di raccolta dati ha tenuto conto delle finalità della valutazione, e dei suoi **limiti oggettivi**, in particolare la natura degli indicatori formulati per il progetto e i tempi di esecuzione estremamente ridotti rispetto al disegno progettuale originario. Gli **indicatori** definiti nel quadro logico erano in gran parte di natura realizzativa o di processo, piuttosto che indicatori di effetto o di impatto sulle condizioni di salute della popolazione. Questo ha reso strutturalmente difficile inferire dal raggiungimento di tali indicatori un miglioramento reale delle capacità diagnostiche e terapeutiche, oltre al fatto che non era presente, come già ricordato, una definizione di valori di baseline. La **contrazione dell'intervento** previsto su tre anni a pochi mesi ha poi ridotto strutturalmente la possibilità di osservare effetti di medio periodo (cambiamenti nei comportamenti di ricorso alle cure, consolidamento delle competenze tecniche, ecc.), che per loro natura richiedono un orizzonte temporale più lungo di quello finora trascorso dall'avvio operativo del progetto. Per questo motivo si è adottato un approccio valutativo prevalentemente qualitativo e orientato a **proxy di soddisfazione e di funzionalità**, piuttosto che a una misurazione rigorosa dell'impatto in senso stretto.

4. RISULTATI DELLA VALUTAZIONE

4.1.Rilevanza

D.1. In che misura la scelta di intervenire su 9 strutture ospedaliere con un modello integrato di gestione tecnologica rispondeva ai bisogni diagnostici e terapeutici prioritari del sistema sanitario congolese?

- La documentazione di progetto conferma una **coerenza sostanziale** tra i tre pilastri dell'intervento (ammodernamento tecnologico, formazione e manutenzione integrata) e le carenze strutturali individuate nel sistema ospedaliero congolese, sebbene vi siano stati limiti nella effettiva declinazione operativa degli interventi a livello di singola struttura, in termini di coinvolgimento e di identificazione delle priorità.
- L'evidenza raccolta indica che il meccanismo di Delega di Servizio Pubblico (DSP), innestato su una logica di sostegno al bilancio settoriale (BSS), era **teoricamente coerente** con il principio di ownership governativa promosso dalla Cooperazione Italiana, ma la sua applicazione pratica ha mostrato limiti significativi, legati a difficoltà di governance intersettoriale tra le diverse istituzioni locali e alla scarsa integrazione tra i due meccanismi di gestione (BSS e DSP).

D.1.1 I tre pilastri di intervento (ammodernamento tecnologico, formazione, manutenzione integrata) corrispondevano alle carenze più critiche degli ospedali target?

Il Documento di Progetto individuava con chiarezza, nella sezione di analisi dei bisogni, una serie di **criticità strutturali** del sistema sanitario congolese che giustificavano l'impianto dell'intervento su tre assi. Il testo evidenziava come "gli ostacoli al miglioramento della prestazione assistenziale comprendano la scarsa disponibilità di attrezzature e strumentazione, di medicinali, la carenza di personale sanitario qualificato e motivato". In particolare, veniva descritto uno stato "allarmante" della manutenzione e assistenza circa le apparecchiature biomedicali, riassunto in una tabella problemi/strategie di mitigazione che elencava: obsolescenza e malfunzionamento delle attrezzature mediche, mancanza di competenze del personale medico e tecnico per il corretto utilizzo e la manutenzione, limitata disponibilità di pezzi di ricambio, non adeguata tracciabilità delle apparecchiature e della loro manutenzione.

A ciascuna di queste carenze ha corrisposto direttamente una linea di intervento del progetto: la sostituzione delle apparecchiature obsolete e l'installazione di nuove tecnologie rispondono al problema dell'obsolescenza tecnologica; i programmi di formazione continuativa per il personale sanitario e tecnico, incentrati sia sull'uso che sulla manutenzione delle apparecchiature rispondono al deficit di competenze; e l'istituzione di centri di manutenzione regionali e di sistemi computerizzati di gestione degli asset risponde alla carenza di manutenzione e tracciabilità. Questa architettura logica è esplicitamente sintetizzata nelle attività chiave del programma: adeguamento infrastrutturale e idro-energetico, installazione di nuove apparecchiature agli standard europei, manutenzione delle apparecchiature elettromedicali e sostituzione delle apparecchiature obsolete.

Il disegno dei tre pilastri risulta allineato anche con la **diagnosi settoriale del Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2023-2026**, richiamato nello stesso Documento di Progetto come riferimento strategico. Il PNDS identifica tra le principali sfide del settore la "dotazione dei centri sanitari di attrezzature, medicinali e risorse umane adeguate" e la "gestione efficace delle risorse umane della sanità", sfide che i tre pilastri del progetto traducevano operativamente in attività concrete. L'iniziativa si inseriva esplicitamente nell'asse strategico n. 3 del PNDS, dedicato al rafforzamento dell'offerta di assistenza e servizi sanitari essenziali di qualità, confermando che l'impostazione tripartita del progetto ricalcava le priorità nazionali già enunciate nel Piano.

Dai risultati della missione valutativa è possibile quindi confermare, a livello generale, che il **progetto è in linea con la strategia nazionale** e che i servizi offerti nei tre pilastri sono coerenti con i bisogni delle strutture. Tuttavia, è necessario sottolineare alcuni elementi critici: innanzitutto la scelta di intervenire su un **limitato numero di strutture**, peraltro comprensibile in termini di efficienza, non è stata sostenuta da un processo partecipativo, né sono stati esplicitati i criteri delle scelte operate; è mancata inoltre un'adeguata **priorizzazione a livello micro**, cioè della singola struttura ospedaliera. Le interviste condotte hanno confermato come non ci sia stata una vera e propria consultazione sul campo con gli operatori a livello dipartimentale o all'interno di ciascun ospedale per comprenderne in via preliminare le esigenze e le difficoltà, il che ha comportato talvolta l'introduzione delle forniture in contesti non completamente adeguati. Questo scarto tra pertinenza teorica e applicazione pratica emerge anche nella analisi della componente formativa: dalla osservazione si rileva come la formazione sia stata limitata all'uso delle attrezzature, mentre manca un **supporto sulla correttezza della diagnosi** assistita dalle attrezzature, segnalando che il pilastro formativo non ha coperto tutte le dimensioni della carenza di competenze rilevata nella fase di analisi dei bisogni, che includeva non solo l'uso ma anche la manutenzione e, implicitamente, l'appropriatezza clinica delle attrezzature fornite.

D.1.2 L'approccio DSP era appropriato rispetto al contesto istituzionale congolese, o esistevano alternative più efficaci?

Il decreto n° 2009-156 del 20 maggio 2009, riguardante il Codice degli Appalti Pubblici, dedica il Capitolo 6 (articoli 77-83) alle **Deleghe di Servizio Pubblico**. Esso definisce la DSP come "un contratto con il quale un ente di diritto pubblico o di diritto privato... affida la gestione di un servizio pubblico di propria competenza a un delegatario, la cui remunerazione è legata o sostanzialmente garantita dai risultati della gestione del servizio". Il principio cardine del modello, quindi, è la **remunerazione del delegatario principalmente attraverso i risultati della gestione/esercizio** del servizio, mediante l'assunzione del rischio operativo e finanziario connesso. Nel caso specifico del progetto, l'approccio è stato sostanzialmente diverso, in quanto l'operatore non è stato remunerato tramite tariffe pagate dagli utenti finali (gli ospedali pubblici non fanno pagare le prestazioni sanitarie a tariffe di mercato), ma tramite un canone fisso finanziato dal budget pubblico (cioè dai fondi italiani), costituendo un **modello ibrido** più vicino a un contratto di "*global service*" che a una concessione di servizio pubblico.

Il Documento di Progetto ha d'altra parte motivato la scelta del meccanismo di ***budget support settoriale*** richiamando il "principio di ownership", secondo cui tale modalità riconosce la centralità del ruolo del governo locale nell'attuazione dei piani strategici settoriali, favorendo il miglioramento della capacità di governance e gestione a livello locale. La scelta si basava anche su precedenti esperienze positive del Paese con altri partner, quali Banca Mondiale e l'Agenzia Francese per lo Sviluppo (AFD), il che avrebbe dovuto garantire una base istituzionale già rodata su cui innestare l'intervento italiano. A livello attuativo, il governo congolese ha poi scelto di affidare la gestione operativa a un operatore privato internazionale (Althea Emerging Markets srl) tramite Delega di Servizio Pubblico (DSP), con l'obiettivo dichiarato di **ottenere una maggior qualità del servizio** attraverso la definizione di obiettivi con un operatore privato e di superare la precedente autonomia

nell'approvvigionamento e nella dotazione di attrezzature da parte dei singoli ospedali, puntando a una standardizzazione delle forniture.

Le interviste condotte con i referenti ministeriali congolesi hanno peraltro rivelato una **frammentazione istituzionale rilevante**. Il Ministero delle Finanze congolese ha segnalato che il Programma è stato di fatto gestito come progetto ordinario, sottolineando che il medesimo Ministero non è stato coinvolto nella definizione delle procedure finanziarie proprie del supporto al budget e che i fondi non sono stati attribuiti direttamente dal Ministero della Salute, nonostante quest'ultimo avesse dovuto essere l'attore centrale all'interno di un meccanismo di *budget support*. Questo **disallineamento tra la logica dichiarata (BSS) e la prassi gestionale applicata attraverso la DSP** costituisce una delle principali criticità a livello istituzionale identificate dalla valutazione, in quanto le procedure e le modalità di esecuzione sono state definite in maniera indipendente rispetto al disegno progettuale e alle pratiche di BS, generando difficoltà di interpretazione in merito alla durata del progetto, alle procedure amministrative e alla stessa misurazione dei risultati.

A ciò si deve aggiungere un problema di **governance intersettoriale**: il Ministero della Salute e della Popolazione dispone di una specifica Direzione per gli Equipaggiamenti, che non è stata coinvolta nella negoziazione e nella gestione del progetto, con la conseguenza che la stessa Direzione "possiede poche informazioni sul progetto, sulla sua esecuzione e sulle sue modalità". Tale limitata partecipazione del Ministero tecnicamente competente (peraltro già evidenziata in maniera critica dalle missioni preliminari svolte da AICS nel 2024) indebolisce di fatto l'argomento dell'ownership istituzionale su cui si fonda la scelta del BSS, poiché la titolarità del processo decisionale, concentrata nel Ministero della Cooperazione Internazionale, è stata scarsamente condivisa con l'autorità sanitaria di riferimento.

D'altra parte, sul piano operativo le interviste svolte con i Direttori Ospedalieri hanno offerto un quadro più positivo riguardo **all'efficacia della delega attribuita all'operatore privato**: presso l'ospedale di Talangaï, i responsabili riportano che l'impatto "è stato notevole" e che, grazie alla presenza continuativa dei tecnici della società, "non ci sono più problemi riguardo all'approvvigionamento del materiale biomedicale". Tuttavia, lo stesso personale segnala che il previsto **trasferimento di competenze** verso i tecnici locali resta parziale, poiché gli interventi sono condotti esclusivamente da tecnici della società delegata piuttosto che da personale interno, un elemento che pone il problema della sostenibilità di lungo periodo della soluzione DSP una volta terminato il contratto con l'operatore privato.

L'evidenza raccolta suggerisce quindi che il modello DSP non fosse inappropriato in linea di principio, essendo coerente con precedenti positivi nel Paese e con l'obiettivo di rafforzare la qualità tecnologica e la efficienza negli approvvigionamenti. Il problema riscontrato risiede piuttosto nella **applicazione ibrida** del meccanismo: la sovrapposizione tra una logica di sostegno al bilancio (che richiederebbe l'iscrizione delle risorse nel bilancio ministeriale e la loro gestione da parte del Ministero della Salute e del Ministero delle Finanze) e una gestione di fatto più simile a un progetto tradizionale, gestito da un singolo ministero (Cooperazione Internazionale) in accordo diretto con un operatore privato, senza un pieno coinvolgimento delle strutture tecniche competenti.

D.2 In che misura il disegno dell'intervento era allineato con le politiche sanitarie nazionali (PNDS 2023-2026), la strategia OMS (13° GPW) e gli SDG 3.1, 3.2 e 3c?

- L'intervento **si allinea sostanzialmente con il PNDS 2023-2026**, ricadendo nell'Azione 6 del Sotto-programma 3.1 dedicata agli Ospedali Generali, e risponde ai deficit tecnologici e alla assenza di strategia di manutenzione identificati dal Piano.

- Rispetto alla strategia OMS (13° GPW e Strategia di Cooperazione Congo 2025-2028), il Programma italiano si posiziona a valle e in **complementarità con l'azione OMS** sui distretti sanitari, rafforzando il terzo livello ospedaliero-terziario coerentemente con la piramide sanitaria su cui si articola il sistema nazionale, con l'Italia esplicitamente citata come partner potenziale nelle priorità 1, 2 e 3 della strategia OMS.
- **L'allineamento con gli SDG 3.1 e 3.2** (mortalità materna e neonatale) risulta invece **debole**: la selezione dei 9 ospedali ha seguito criteri di densità demografica piuttosto che equità territoriale o priorità materno-infantile, la componente maternità/neonatologia è rimasta secondaria nella pratica attuativa e non sono stati coinvolti attori chiave come UNFPA o la Direzione della Salute Riproduttiva. Per l'SDG 3c (rafforzamento del personale e delle capacità sanitarie) il Programma ha contribuito più solidamente, tramite formazione e manutenzione tecnologica, sebbene senza un pieno coordinamento intersettoriale.

D.2.1 Il programma ha contribuito a rafforzare la seconda fase della strategia nazionale di rivitalizzazione dei servizi sanitari avanzati?

Il programma finanziato dalla cooperazione italiana si **inserisce coerentemente nella componente di sviluppo ospedaliero** prevista dal PNDS 2023-2026, sebbene le formulazioni "seconda fase" e "servizi sanitari avanzati", utilizzate nei documenti di progetto, non trovino riscontro nella pianificazione ufficiale del piano nazionale. Il Documento di Progetto descriveva infatti l'intervento come inscritto nella "Phase 2: Développement des Services de Soins Avancés", successiva a una prima fase di "Renforcement des Soins Primaires" attuata dall'OMS nei distretti sanitari. Questa scansione in due fasi sequenziali, tuttavia, non trova corrispondenza letterale nel PNDS 2023-2026, che non organizza i propri interventi per fasi temporali ma per Programmi e Sotto-programmi trasversali, applicati simultaneamente a tutti i livelli della piramide sanitaria (CSI, HRD, HG). La "seconda fase" è quindi da intendersi più che altro come una rappresentazione narrativa utilizzata per collocare il Programma italiano nel quadro della strategia concordata con OMS e non come una tappa formalmente presente nel PNDS.

Il medesimo Documento di Progetto inquadra esplicitamente l'intervento in relazione alle "Azioni 1-5-8 del Sous-Programme 3.1" del PNDS, che però riguardano più che altro i Distretti Sanitari: l'Azione 1 riguarda la rivitalizzazione dei distretti sanitari e i CSI, l'Azione 5 riguarda gli Hôpitaux de Référence de District (secondo livello, non gli HG), mentre solo l'Azione 8, relativa alla sicurezza della catena trasfusionale, si collega funzionalmente al CNTS incluso nel progetto. **L'azione del PNDS effettivamente dedicata agli Hôpitaux Généraux è la n. 6**, ed è quindi possibile che il disallineamento nel Documento di Progetto sia dipeso dal riferimento ad una versione precedente del PNDS.

In ogni caso il programma è ricaduto in modo sostanziale in questa Azione 6 del Sotto-programma 3.1 ("Renforcement de l'offre de soins et services de santé"), che è dedicata al mantenimento e allo sviluppo degli Ospedali Generali, e tra cui figurano esplicitamente gli ospedali target del progetto italiano. Inoltre il progetto, attraverso il rinnovo delle tecnologie biomedicali, la formazione del personale e il rafforzamento della manutenzione, risponde direttamente ai problemi che il PNDS stesso identifica nel Programma 2: la carenza di dotazioni tecniche nelle strutture sanitarie (CSI, HRD et HG) e l'assenza di una strategia nazionale per la manutenzione della dotazione tecnologica.

L'intera strategia di sviluppo sanitario si poggia peraltro su una collaborazione con l'OMS, in base all'impegno della Repubblica del Congo a collaborare per la promozione del 13° Programma Generale di Lavoro. L'OMS stesso ha elaborato una propria Strategia di Cooperazione per il Congo (SCP) per gli anni 2025-2028, che si articola in **cinque priorità strategiche** e copre esplicitamente **tutti e tre i livelli della piramide sanitaria**, in esplicito collegamento con il PNDS congolese.

Tabella 5: Confronto tra SCP-OMS e PNDS

N.	Priorità della SCP	Priorità del PNDS 2023 -2026	Livelli della piramide coperti
1	Rafforzamento delle capacità nazionali per promuovere migliori condizioni di salute e benessere della popolazione	Promozione di migliori condizioni di salute e benessere per la popolazione	Trasversale (comunità, determinanti sociali)
2	Rafforzamento delle capacità nazionali in materia di governance, finanziamento del settore sanitario e sviluppo del capitale umano per il raggiungimento della copertura sanitaria universale (CSU) e l'espansione dell'assistenza sanitaria primaria	Rafforzamento della governance e del finanziamento del settore sanitario	Tutti i livelli della piramide sanitaria
3	Rafforzamento dell'attuazione della strategia operativa per l'assistenza sanitaria primaria; miglioramento dell'offerta di cure e servizi socio-sanitari di qualità – in particolare rivolti a madri, bambini e minoranze in tutte le fasi della vita – e dell'equità di accesso agli stessi	Miglioramento dell'accesso equo della popolazione a pacchetti di servizi essenziali di qualità	SSPE (1° livello), ospedali distrettuali (2°), ospedali in grado di offrire cure specialistiche (3°)
4	Rafforzamento della sicurezza sanitaria, della prevenzione e della risposta alle emergenze sanitarie, nel quadro di un approccio multisettoriale e «One Health»	Rafforzamento della sicurezza sanitaria e gestione delle epidemie e di altre situazioni di emergenza	Trasversale (One Health)
5	Rafforzamento dell'efficacia e della flessibilità dell'ufficio nazionale dell'OMS in Congo nel sostegno al governo e nel coordinamento dei partner	Rafforzamento della governance e del finanziamento del settore sanitario	Istituzionale

Fonte : Elaborazione team di valutazione

Dal punto di vista operativo, la strategia OMS si è incentrata soprattutto sulla rivitalizzazione dei Distretti Sanitari (DS) e sulla promozione dell'assistenza primaria. Il programma italiano era invece volto a rafforzare la componente ospedaliera-terziaria del sistema sanitario congolese, agendo su una struttura istituzionale distinta dal sistema dei distretti sanitari, poiché il terzo livello è posto sotto la tutela diretta del livello centrale del Ministero della Salute, mentre i DS comprendono solo il primo e il secondo livello. Si può quindi concludere che il progetto italiano si inserisce a valle del programma operativo OMS, seguendo la logica della piramide sanitaria prevista dal PNDS e condivisa da entrambi gli interventi, con un allineamento documentato nei testi progettuali stessi. È importante sottolineare che l'OMS nella parte della sua strategia dedicata al coordinamento delle **partnership internazionali include anche l'Italia tra i possibili partner**, per le priorità 1,2 e 3.

D.2.2 I gruppi vulnerabili (donne, neonati, aree geograficamente svantaggiate) erano esplicitamente inclusi nel disegno?

L'intervento italiano si è concentrato su 9 strutture, di cui 6 in ambito urbano e 3 periurbano, situate nei due maggiori agglomerati del Paese (Brazzaville e Pointe-Noire, che ospitano il 58,2% della popolazione nazionale). Queste aree non si possono definire aree geograficamente svantaggiate ma aree ad **alta concentrazione di popolazione**: il criterio di selezione dei siti risulta quindi guidato dalla densità di popolazione e dalla rilevanza del terzo livello ospedaliero, e non già da un criterio di equità territoriale a favore delle zone più svantaggiate o remote del Paese.

Il disegno progettuale includeva, tra le componenti da equipaggiare, il rifacimento di sale operatorie, laboratori, maternità e pronto soccorso, suggerendo un'attenzione formale alla componente materno-neonatale. Tuttavia, nella pratica attuativa, i **reparti maternità e sale parto o le neonatologie non sono state il target principale dell'intervento**, mentre gli stessi Direttori Sanitari degli ospedali coinvolti hanno lamentato non essere stati coinvolti nella definizione delle priorità. Sulla base delle indicazioni raccolte, in una prossima fase le priorità verranno raccolte direttamente dai Direttori Sanitari di ogni ospedale, il che indica che il coinvolgimento dei bisogni specifici legati alla mortalità materno-neonatale (riconosciuta come tra le prime cause di mortalità

nel Paese) non era strutturato ex ante nel disegno iniziale, ma resta un'intenzione da consolidare nelle fasi successive.

Un'evidenza critica riguarda il mancato coinvolgimento, nella fase di disegno, dei dipartimenti e delle agenzie specificamente competenti sui gruppi vulnerabili: dalle evidenze raccolte non risulta che i vari dipartimenti come quello della salute riproduttiva, direzione degli ospedali e direzione dell'equipaggiamento siano stati coinvolti, né le Agenzie delle Nazioni Unite come UNFPA, OMS o Banca Mondiale, quest'ultima titolare di un proprio progetto di equipaggiamento degli ospedali di riferimento. Questo conferma che il disegno del programma italiano **non si è coordinato in modo strutturato con gli attori** che, nel sistema sanitario congolese, hanno il mandato specifico sulla salute materno-infantile, peraltro coperta dal Sotto-programma 3.3 ("Renforcement des programmes de santé de la mère, de l'enfant") del PNDS, che è un asse dedicato e distinto dal Sotto-programma 3.1 a cui fa riferimento il progetto italiano.

Le interviste svolte hanno evidenziato inoltre una **lacuna rispetto all'accessibilità reale delle strutture** sanitarie per le popolazioni delle aree più remote: testimonianze dei beneficiari hanno riferito che "diverse mamme arrivano con la canoa dal fiume Congo e muoiono in canoa. Altre muoiono per strada raggiungendo un centro di salute dove partorire". Il progetto, concentrandosi sugli ospedali di riferimento urbani, non ha previsto componenti complementari come Case di Attesa per le partorienti con complicazioni o un sistema di trasporto sicuro dai centri di salute periferici, "una rete... tutta da creare" secondo la fonte, sollevando la necessità di una componente progettuale specifica, da realizzare eventualmente coinvolgendo ONG con esperienza pregressa sul territorio.

L'evidenza raccolta indica quindi un'inclusione parziale e non intenzionale piuttosto che una progettazione centrata sulla vulnerabilità. Nel disegno originario, **i gruppi vulnerabili non risultano esplicitamente incorporati come criterio guida**: le aree scelte rispondono a una logica di concentrazione demografica e non di svantaggio geografico, la componente materno-neonatale è rimasta secondaria e non sono state previste soluzioni per l'accessibilità delle popolazioni più isolate.

4.2. Coerenza

D.3. Il modello DSP con operatore privato è coerente con il quadro normativo congolese e con le politiche della Cooperazione italiana in materia di partenariato pubblico-privato in sanità?

- La scelta della DSP è **coerente** con il quadro normativo congolese (Décret n° 2009-156) ma è stata **decisa unilateralmente** dal Governo congolese come modalità esecutiva senza essere negoziata né validata dalla parte italiana negli atti ufficiali di approvazione (Delibera CC 109/2024, Nota DGCS, Accordo intergovernativo), che menzionano solo genericamente un possibile schema Partenariato Pubblico-Privato e il ricorso a un operatore privato.
- Rispetto alle politiche italiane di cooperazione, l'iniziativa è stata concepita come Budget Support Settoriale fondato sul principio di ownership governativa, mentre la DSP introduce una logica differente, basata su un rapporto contrattuale bilaterale Governo-operatore privato, generando una tensione di fondo tra le due impostazioni di governance.
- Si sono potuti evidenziare un **disallineamento pratico tra i due meccanismi di rendicontazione** (condizionalità BSS vs KPI contrattuali DSP) e alcune incongruenze sulla durata del programma (5 anni nell'accordo originario, 36 mesi nella Convenzione Finanziaria e nel Plan de Travail). Tali criticità non hanno impedito la realizzazione tecnica delle attività previste, ma segnalano un deficit di costruzione istituzionale, con meccanismi esecutivi scarsamente comunicanti.

D.3.1 Il ricorso alla Delega di Servizio Pubblico è stata discussa e concordata con il Governo Italiano in sede di approvazione della iniziativa?

Gli atti ufficiali con cui l'Italia ha approvato l'iniziativa non fanno specifico riferimento allo strumento della DSP. La Delibera n. 109/2024 del Comitato Congiunto per la Cooperazione allo Sviluppo, che concede il credito d'aiuto di 35 milioni di euro, richiama esclusivamente la richiesta del Governo congolese, la scheda di valutazione AICS e l'analisi di sostenibilità del debito elaborata da Cassa Depositi e Prestiti, senza alcun riferimento alla modalità esecutiva scelta dalla controparte, se non in termini di possibile ricorso allo schema di esecuzione basato sul Partenariato Pubblico-Privato (PPP). Analogamente, la Nota Informativa DGCS predisposta per la presentazione al Comitato Congiunto descrive le modalità di gestione ed esecuzione dell'iniziativa esclusivamente in termini di sostegno al bilancio congolese, specificando che sarebbero state le Autorità congolesi a elaborare, dopo l'entrata in vigore dell'Accordo intergovernativo, un documento di riferimento per identificare le strutture sanitarie oggetto dell'iniziativa e indicare le condizioni di partenza e il quadro dei bisogni. Anche l'Accordo intergovernativo firmato a Roma il 25 novembre 2024 non cita la DSP: definisce gli obblighi delle parti, gli intervenienti (MAECI-DGCS, AICS, CDP per l'Italia; MCIPPPP, MFBPP, BEAC, MSP per il Congo) e le procedure di controllo attraverso il Comitato di Pilotaggio, ma lascia alla parte congolese la piena autonomia sulle modalità esecutive.

D’altra parte, il Documento di Progetto e la richiesta formale di finanziamento formulati dal Governo Congolese nel settembre 2024 menzionavano esplicitamente la "Délégation de Service Public" come strumento esecutivo "auspicato" dal governo congolese, mentre un riferimento esplicito al Décret n° 2009-159 (in realtà si tratta del n° 2009-156) compare soltanto nel “Plan de Travail, chronogramme et détail des dépenses”, documento elaborato dalla parte congolese successivamente all'approvazione del finanziamento. Si tratta quindi di un **atto autonomo congolese** all’interno delle sue prerogative di attuazione del progetto e comunicato all'AICS come dato di fatto già consolidato, non di una modalità negoziata preventivamente con la parte italiana in sede di approvazione dell'iniziativa. L’intervista con il responsabile per i partenariati pubblico-privati del Ministero della Cooperazione Internazionale ha confermato che la decisione di ricorrere alla delega di servizio pubblico è stata una scelta interna, motivata dalla volontà di "ottenere una maggior qualità attraverso la definizione di obiettivi con un operatore privato", mentre la scelta della società è stata compiuta in base alla sua consolidata presenza operativa in Congo nel settore sanitario.

Le interviste ai funzionari italiani coinvolti hanno confermato questa ricostruzione. Il Direttore della sede AICS competente ha dichiarato che il progetto è stato realizzato attraverso il meccanismo della delega di servizio pubblico, il cui **strumento contrattuale non è stato condiviso**. Ciò dimostra che l'AICS non ha avuto alcun ruolo di negoziazione o validazione sul contratto DSP tra il Governo congolese e la società Althea EM, incaricata dell'esecuzione, né sulla procedura di selezione della stessa società privata. Anche il rappresentante di Cassa Depositi e Prestiti ha inquadrato il ruolo italiano come meramente erogativo, senza alcun riferimento a un coinvolgimento nella scelta della DSP. Su questa base è possibile sostenere che il ricorso alla DSP ai sensi del Décret n° 2009-156 è stato **deciso unilateralmente dal Governo congolese** come modalità di esecuzione del programma, e che il rapporto contrattuale tra il Governo Congolese e il soggetto privato esecutore è stato interpretato dalla controparte come un atto indipendente dalla esecuzione del progetto, discusso ben prima dell'intervento italiano e slegato dalle prescrizioni del progetto finanziato.

È necessario però rilevare come tale scelta programmatica sia alla base di una **difformità di interpretazione** che ha condizionato tutta l’esecuzione del progetto. **I documenti ufficiali del progetto non si raccordano in maniera esplicita e puntuale con quelli che governano la DSP**: per quanto non sia stato possibile visionare questi ultimi, le evidenze valutative testimoniano piuttosto di un **processo parallelo**, con indicazioni difformi sulla durata, sugli obiettivi e sulle attività. In particolare circa la durata operativa, la proposta originale, il cui piano finanziario risulta allegato all'Accordo Intergovernativo, era strutturata su **5 anni** mediante l’esborso di 20 rate trimestrali; la **Convenzione Finanziaria (gennaio 2025)** fissava il **termine di erogazione** (délai de tirage) in 36

mesi dalla firma; infine **il Plan de Travail (giugno 2025),** che fa riferimento al DSP**,** riporta nell'intestazione "**36 mesi"** come durata del programma, tuttavia il cronoprogramma e il piano di spesa allegati coprono esclusivamente **"il primo dei cinque anni previsti dal progetto"**, mantenendo la logica quinquennale del progetto originale.

D.3.2 Sono emerse tensioni tra la logica del BSS (ownership governativa) e la logica della DSP (gestione privata con KPI)?

La Scheda di Valutazione AICS definisce esplicitamente l'iniziativa come un Programma di Budget Support Settoriale (BSS), fondato sul "principio di ownership" e sulla scelta di riconoscere "la centralità del ruolo del governo locale nell'attuazione dei piani strategici settoriali". Il documento precisa che "l'iniziativa sarà quindi gestita direttamente dalla controparte", delineando un **modello di responsabilità e controllo pienamente in capo alle istituzioni congolesi**. Il Documento di Progetto, tuttavia, introduce sin dalla sua architettura istituzionale un elemento di natura differente: prevede che, "nell'ambito di una delega di servizio pubblico, conformemente alla normativa locale, alcune attività **possono** essere affidate a una società privata di rilevanza internazionale", affidando di fatto la gestione operativa a un soggetto privato remunerato tramite pagamenti forfettari. Si tratta di due logiche di governance intrinsecamente divergenti: l'una fondata sull'appropriazione e la responsabilità pubblica diffusa, l'altra su un rapporto contrattuale bilaterale orientato al risultato tra il Governo e un unico operatore privato.

Dalla missione di valutazione è emerso che i tempi contrattuali della DSP con l'operatore privato e quelli della convenzione finanziaria italiana non sono stati sincronizzati organicamente, così come le rispettive modalità di rendicontazione: l'AICS ha infatti dichiarato che il **Comitato di Pilotaggio si è limitato a validare ex post i rapporti dell'auditor incaricato della verifica**. Inoltre, né l'OMS né altri organismi multilaterali sono stati coinvolti nel progetto, elemento che esplicita il disallineamento rispetto alla logica di armonizzazione dei donatori tipica del BSS.

La tensione si è manifestata concretamente sul piano finanziario e di rendicontabilità: dalle interviste ai funzionari del Ministero delle Finanze risulta **un'anomalia significativa nel meccanismo di gestione** dei fondi qualificati come sostegno al bilancio, dove la fungibilità delle risorse e la loro iscrizione nei conti pubblici costituiscono requisiti essenziali. Dalle interviste e dai verbali delle riunioni del COPIL si rileva che, sebbene il medesimo Comitato sia stato estremamente operativo, la capacità di tracciare in modo puntuale le condizionalità BSS rispetto ai risultati specifici della DSP sia rimasta piuttosto debole, mancando ogni riscontro rispetto ai KPI specifici negoziati all'interno della DSP. Il Rapporto Intermedio di audit, pur confermando una coerenza sostanziale tra attività previste e realizzate a livello tecnico, si è concentrato esclusivamente sulla verifica di conformità delle prestazioni eseguite rispetto al Plan de Travail (cioè sulla logica di risultato tipica della DSP), senza mai rapportare tale verifica alle condizionalità di erogazione tipiche del BSS, confermando indirettamente **la separazione di fatto tra i due meccanismi di rendicontazione**.

Le tensioni identificate non hanno peraltro impedito la realizzazione tecnica delle attività previste nel Plan de Travail, che il rapporto di audit ha giudicato sostanzialmente coerenti con la pianificazione, ma segnalano un deficit di progettazione istituzionale: la sovrapposizione delle due logiche avrebbe richiesto, sin dalla fase di approvazione, meccanismi espliciti di raccordo tra condizionalità di bilancio e KPI contrattuali, che nella pratica sono rimasti paralleli e scarsamente comunicanti.

D.4. Sono state evitate duplicazioni con altri donatori attivi nel settore sanitario congolese (UE, Banca Mondiale, OMS, UNICEF) e massimizzate le sinergie disponibili?

- Il programma italiano si è inserito in un contesto caratterizzato dalla presenza di altri partner attivi nel rafforzamento del settore sanitario; la contemporanea realizzazione di investimenti da parte della Banca Mondiale nel medesimo settore evidenzia l'**esigenza di consolidare un confronto preventivo** sulle forniture e sulla ripartizione degli ambiti di intervento, che non si è realizzato in questa fase.
- I meccanismi di scambio attivati con i partner internazionali e con le strutture tecniche nazionali hanno costituito una prima base di dialogo, che si è rivelata però piuttosto saltuaria. **L'azione di coordinamento** interno si è di fatto limitata alle sole riunioni del COPIL, e dovrebbe essere ulteriormente strutturata attraverso un coinvolgimento più regolare delle Direzioni del Ministero della Salute, dei Direttori ospedalieri, dell'OMS, dell'UNFPA e degli altri partner tecnici e finanziari.
- La **complementarità strategica** con il programma OMS di rivitalizzazione dei distretti sanitari è stata identificata ma non capitalizzata, poiché l'intervento italiano ha condiviso con l'OMS solo i riferimenti strategici superiori (PNDS, SDG3) **senza un'articolazione operativa coordinata**. Esistono margini concreti per sviluppare sinergie nelle fasi successive, in particolare sulla governance comunitaria, sul continuum delle cure materno-neonatali, sulla copertura vaccinale e sul collegamento funzionale tra servizi di base e strutture ospedaliere.

D.4.1 Quali meccanismi di coordinamento sono stati adottati con AICS Abidjan, l'Ambasciata italiana a Brazzaville e i principali partner internazionali?

Il team di valutazione ha raccolto informazioni circa il coinvolgimento dei diversi attori e il livello di coordinamento per la gestione del progetto, che si sono concretizzati perlopiù **nelle riunioni del Comitato di Pilotaggio** (COPIL), e non particolarmente strutturati rispetto alla complessità istituzionale dell'intervento. Sono state testimoniate altre modalità di interazione di tipo informale, sulla cui efficacia e risultanze è però difficile trovare riscontri.

L'ufficio AICS di riferimento era inizialmente quello di Niamey in Niger, e solo dopo l'avvio del progetto la competenza è stata trasferita alla sede di Abidjan in Costa d'Avorio. Mentre l'ufficio di Niamey ha partecipato alla pianificazione e alla analisi ex-ante dell'iniziativa, il coinvolgimento dell'ufficio AICS di Abidjan è consistito in alcune visite di terreno e nella partecipazione al COPIL. Questo perimetro ridotto di intervento è stato definito in base alla **interpretazione della natura giuridico-finanziaria** attribuita al progetto, classificato come iniziativa di Budget Support, malgrado di fatto lo stesso sia stato eseguito in una modalità più prossima ad un progetto tradizionale. Tale ambiguità ha prodotto un effetto concreto sulla governance: la supervisione tecnica operativa è stata considerata non di competenza della sede AICS, generando un limite funzionale nel monitoraggio in itinere dell'esecuzione.

L'Ambasciata Italiana a Brazzaville da parte sua ha assicurato un presidio estremamente efficace nella fase diplomatica e di facilitazione delle comunicazioni tra le parti. Non essendoci una presenza stabile AICS nel Paese, l'Ambasciata, pur avendo limiti di risorse, ha garantito una costante attenzione al progetto; d'altra parte l'assenza di una struttura tecnica dedicata all'interno della rappresentanza italiana in Congo ha limitato l'accompagnamento continuativo dell'intervento nella fase più critica, quella dell'avvio dei lavori e della consegna delle attrezzature biomedicali.

A livello locale il **meccanismo di coordinamento tra le differenti istituzioni** coinvolte non è stato sempre efficace. Il Ministero della Cooperazione congolese, titolare formale del progetto, ha coinvolto il Ministro della Salute solo a livello di Gabinetto del Ministro, lasciando piuttosto marginale, a detta degli operatori intervistati, il ruolo delle Direzioni tecniche del Ministero della Salute, e gli stessi Direttori degli ospedali beneficiari, i quali hanno in alcuni casi ricevuto degli equipaggiamenti di cui non erano stati informati.

La criticità più rilevante emersa dalle interviste riguarda **l'assenza di un coordinamento sistematico con i principali partner tecnici e finanziari** attivi nel settore sanitario congolese. Le

fonti intervistate durante la missione di valutazione confermano che "i partners internazionali sono rimasti molto stupiti in quanto era la prima volta che venivano coinvolti", avendo ricevuto in precedenza solo informazioni frammentarie, veicolate occasionalmente durante un incontro introduttivo a cura dell'Ambasciata, oppure tramite organi di stampa in occasione delle visite istituzionali italiane. Il caso più significativo di mancato coordinamento riguarda la Banca Mondiale, la quale si è dichiarata sorpresa di non essere stata coinvolta, "poiché anch'essa aveva acquistato materiali per le medesime strutture", con un rischio concreto di duplicazione degli investimenti sulle stesse infrastrutture ospedaliere[13]. Analoghe criticità di mancato coinvolgimento si osservano nei confronti di OMS e UNFPA, agenzie che, secondo la Strategia di Cooperazione OMS-Congo 2025-2028, condividono con la cooperazione italiana lo stesso ambito di intervento nella Priorità strategica n. 3, dedicata al rafforzamento dell'offerta di cure e servizi ospedalieri di qualità.

D.4.2 In che misura la Fase I del programma italiano si è inserita coerentemente nella seconda fase della strategia OMS di rivitalizzazione dei distretti sanitari?

Come già evidenziato in precedenza, l'intervento italiano condotto sul livello ospedaliero terziario costituisce una componente complementare rispetto all'intervento OMS centrato sulla rivitalizzazione dei distretti sanitari. Il programma OMS si fonda su un pacchetto minimo di attività (PMA) erogato a ciascun Centro Sanitario Integrato (CSI), articolato in cinque assi: l'accompagnamento delle équipe CSI nell'erogazione delle cure primarie (prevenzione, cura, riabilitazione), il rafforzamento delle capacità operative delle strutture e delle équipe sanitarie, il sostegno alla partecipazione comunitaria e alla governance locale (tramite i Comités de Santé - COSA e i Comités de Gestion - COGES), e la mobilitazione sociale attraverso associazioni e referenti comunitari. A questo si affianca il programma OMS di Emergency Obstetric Neonatal Care (EMONC), specificamente dedicato alla componente materno-neonatale.

Il quadro normativo congolese, definito dal decreto presidenziale n. 551 del 15 ottobre 2020, qualifica il Distretto Sanitario come "un'entità geografica, amministrativa e operativa decentralizzata posta sotto la responsabilità dell'ente locale", caratterizzata da quattro proprietà costitutive: una popolazione con responsabilità definita, confini geografici determinati, due livelli funzionali (cure primarie tramite CSI e cure secondarie tramite ospedali distrettuali) e un team manageriale funzionale con sede presso l'ospedale di distretto. In base a questa definizione il perimetro del Distretto Sanitario si esaurisce al secondo livello (Hôpital de Référence de District-HRD) della piramide sanitaria, e non include strutturalmente il terzo livello degli Ospedali Generali, target principale dell'intervento italiano.

Al 2024, prima dell'avvio dell'intervento italiano, il programma OMS aveva già prodotto risultati misurabili: il potenziamento dell'assistenza sanitaria di base in dodici distretti sanitari, l'accesso al 93% delle donne incinte a cure prenatali fornite da personale qualificato, e un miglioramento della preparazione e risposta alle emergenze sanitarie[14]. Questi risultati confermano che, al momento dell'avvio del progetto italiano, il processo di rivitalizzazione dei distretti sanitari costituiva già una realtà operativa consolidata. L'intervista al Rappresentante OMS in Congo, condotta nel corso della missione di valutazione, inquadra la rivitalizzazione dei distretti sanitari come "una sfida fondamentale per il Governo del Congo e per tutti i suoi partner tecnici e finanziari nel settore sanitario", definendola "garanzia per l'erogazione dell'assistenza sanitaria di base" e "fondamento

[13] Si veda il progetto della Banca Mondiale : Projet de Renforcement du Système de Santé (KOBIKISA) https://projects.banquemondiale.org/fr/projects-operations/project-detail/P167890. La stessa Banca Mondiale ha in previsione un nuovo progetto che sarà lanciato a breve nel Paese (cfr. https://sante.gouv.cg/la-banque-mondiale-injectera-60-millions-de-dollars-dans-un-nouveau-programme-de-sante-publique-au-congo/)

[14] OMS Congo-Ministère de la Santé e de la Population. *Revitalisons les districts sanitaires au Congo*. 2024

principale per il raggiungimento della copertura sanitaria universale" in linea con l'SDG n. 3 e con la visione del PNDS 2023-2026.

La Fase I del programma italiano si è inserita quindi nel medesimo quadro programmatico nazionale del processo di rivitalizzazione OMS, condividendone i riferimenti strategici superiori (PNDS 2023-2026, obiettivi di CSU e SDG3), ma non si è tradotta in un'articolazione operativa coordinata con esso. **L'assenza di dialogo strutturato tra i due interventi** ha impedito di capitalizzare sulle sinergie potenziali, peraltro presenti e confermate dalle evidenze raccolte. Queste identificano quattro ambiti concreti di sinergia potenziale tra il programma OMS e l'intervento italiano: il rafforzamento della governance tramite gli organismi di partecipazione comunitaria (COSA); il miglioramento del processo di erogazione delle cure, incluso il maggiore utilizzo del partogramma per la riduzione della mortalità materno-neonatale e la migliore gestione dei farmaci e delle risorse finanziarie; il miglioramento della copertura vaccinale (Penta 1-2-3, morbillo, febbre gialla) nell'ambito del Programma Allargato di Immunizzazione; e il rafforzamento del coinvolgimento comunitario tramite il meccanismo delle “staffette comunitarie”.

4.3. Efficacia

D.5. In che misura le 9 strutture ospedaliere target sono state dotate di tecnologie biomediche funzionanti, con lavori infrastrutturali adeguati e sistema EASI operativo?

- Le **forniture previste risultano in larga misura completate**: il rapporto finale di audit e l’osservazione diretta confermano l’installazione, la verifica tecnica e l’inventariazione delle tecnologie presso le unità di destinazione, compresi i dispositivi che nel rapporto intermedio risultavano ancora da installare. Permangono tuttavia alcune **limitazioni alla piena operatività clinica**, soprattutto nelle aree di rianimazione, legate al mancato completamento o collegamento delle reti di ossigeno e degli altri fluidi medicali, di competenza della controparte congolese.
- I lavori di adeguamento realizzati hanno consentito l’allestimento di laboratori tecnici e spazi di supporto in tutte le strutture; restano opportunità di completamento in alcune sedi e di integrazione delle infrastrutture accessorie necessarie per valorizzare pienamente gli investimenti tecnologici effettuati.
- Il **sistema EASI** risulta formalmente attivo negli otto ospedali del perimetro contrattuale, con 5.969 apparecchiature censite e accessi attribuiti ai punti focali delle strutture; la sua gestione appare tuttavia ancora fortemente centralizzata presso l’operatore privato. Il rafforzamento dell’accesso, delle competenze e del coinvolgimento del personale ospedaliero e ministeriale costituirebbe un passaggio importante per consolidarne l’uso effettivo e la sostenibilità nel tempo.

D.5.1 Qual è lo stato effettivo delle apparecchiature previste per l’installazione?

L’analisi sull’efficacia delle istallazioni fornite è stata condotta in primo luogo sulle risultanze del **Rapporto di audit** tecnico e finanziario finale del gruppo Auditec Foirier-KPMG. Questo ha certificato che, alla data della verifica, le forniture realizzate risultano "coerenti con la programmazione contrattuale" e che le tecnologie fornite " risultano installate presso le unità operative di destinazione, sottoposte a verifica tecnica, inventariate e registrate nel sistema di gestione". Il documento aggiorna le criticità emerse nel Rapporto Intermedio, dove risultavano 45 apparecchiature "spedite ma non ancora installate" e altre completate oltre il 90%: alla data del rapporto finale tali 45 apparecchiature sono state installate e poste in opera con verbali di installazione formalizzati e firmati dai responsabili

ospedalieri. Il censimento complessivo presente nel Rapporto enumera 5.969 apparecchiature registrate nel sistema EASI, comprendenti sia le tecnologie fornite dal programma sia quelle preesistenti prese in carico dal servizio di gestione integrata.

Il medesimo Rapporto riporta tuttavia una distinzione tecnica rilevante: per alcune apparecchiature la piena operatività clinica resta **condizionata al completamento di interventi sulla rete di distribuzione dei gas medicali**, definiti come esterni al perimetro contrattuale della Delega di Servizio Pubblico e quindi di competenza della controparte congolese. Il quadro riepilogativo per singola struttura mostra che le unità di terapia intensiva degli ospedali di Makélékélé, Talangaï e Adolphe Sicé presentano tecnologie installate ma non completamente operative proprio a causa della mancata connessione all'ossigeno, mentre il laboratorio tecnico di Loandjili risulta ancora in fase di completamento logistico, con la continuità del servizio garantita nel frattempo dall'ospedale Adolphe Sicé come struttura di riferimento.

Il Rapporto di missione AICS del 2-7 novembre 2025 offriva un dettaglio che sostanzialmente conferma il quadro riportato nell'audit. A Dolisie è stata rilevata la mancanza di un impianto di produzione di ossigeno medico, la quale "riduce notevolmente la capacità di risposta del servizio di emergenza". Ad Adolphe Sicé la missione segnalava uno scanner acquistato nel 2023 nell'ambito del progetto PRUC (Banca Mondiale) "mai installato fino ad oggi" per problemi documentali, oltre a un edificio destinato alla radiologia privo delle misure di radioprotezione necessarie. A Loandjili veniva evidenziato come problema critico l'ascensore principale guasto, che comprometteva la mobilità di pazienti e attrezzature verso i reparti superiori, oltre a un impianto di climatizzazione centralizzato fuori servizio. A Talangaï la missione aveva constatato che il circuito dei fluidi medici (ossigeno, aria medicale e azoto) non era ancora collegato alle quattordici nuove testate-letto installate, il che limitava l'utilizzo ottimale del reparto"; a Makélékélé veniva segnalata analoga necessità di adeguamento dei circuiti dei fluidi medici in Neonatologia. Il rapporto concludeva che, secondo le dichiarazioni della società Althea EM, l'equipaggiamento concordato in sede contrattuale "è stato installato al 95%", con le sole eccezioni dei dispositivi UPS di protezione elettrica e di alcune attrezzature di oftalmologia pediatrica e anestesia, già arrivate ma in attesa di sdoganamento doganale.

Il COPIL del 18 novembre 2025 ha registrato ufficialmente i riscontri della missione AICS. In quella sede sono state riportate le criticità "fisiologiche" residue, in primis la necessità di intervenire sugli impianti relativi ai flussi medicali, specificando peraltro che tali interventi non rientravano nelle competenze del *contractor* privato. Il COPIL del 25 febbraio 2026 confermava la persistenza del problema, rilevando " l'urgenza legata a determinate criticità già segnalate... in particolare per i circuiti dell'ossigeno nelle sale di rianimazione d'emergenza realizzate, che non sono ancora stati collegati" e riconoscendo formalmente "ritardi nell'effettiva messa in servizio di alcune apparecchiature". La valutazione, pur potendo confermare il completamento delle forniture programmate, rileva in definitiva come elemento critico il limite già evidenziato nel disegno e nella selezione delle apparecchiature, alla cui acquisizione **non ha corrisposto una adeguata verifica del completamento di tutte le infrastrutture accessorie**. Queste, pur essendo al di fuori del perimetro dell'accordo di DSP, si sarebbero dovute comunque inserite nel processo progettuale, onde garantire una effettiva e ottimale utilizzazione delle apparecchiature acquisite.

D.5.2 Il sistema EASI di tracciabilità è operativo in tutte le strutture o solo in alcune?

Il Rapporto tecnico e finanziario finale di audit descrive EASI come **l'elemento centrale di supporto alla gestione integrata del servizio di assistenza e manutenzione** delle apparecchiature biomedicali. La tabella riepilogativa per struttura mostra che il sistema EASI è segnalato come attivo per tutti gli ospedali del perimetro contrattuale (Blanche Gomes, Makélékélé, Talangaï, Adolphe Sicé, Loandjili, Dolisie, Owando e Oyo). L'unica eccezione riguarda il CNTS (Centro Nazionale di Trasfusione Sanguigna): data la dimensione limitata del suo parco tecnologico e l'assenza di locali

adeguati, la gestione tecnica e la tracciabilità sono state affidate al laboratorio e al sistema dell'Ospedale Materno-Infantile Blanche Gomes. Il documento afferma inoltre che "gli identificativi di accesso al sistema informatico sono stati formalmente attribuiti ai punti focali tecnici identificati in seno a ciascuna struttura sanitaria" e che "un accesso dedicato è stato altresì concesso al punto focale designato dal Ministero della Salute", con profili di consultazione, inserimento dati e validazione tecnica distinti tra loro.

In concreto però sia le varie missioni AICS che si sono succedute, sia la stessa di missione di valutazione hanno verificato un quadro leggermente diverso e più problematico rispetto alla descrizione documentale dell'audit. Sul piano della gestione operativa del sistema di tracciabilità, le missioni AICS descrivono un sistema di gestione centralizzata degli interventi, **interamente costruito e amministrato dall'operatore privato**, che pianifica le manutenzioni, registra i guasti e ne monitora la risoluzione tramite un codice di inventario unico per ogni apparecchiatura, mentre il personale ospedaliero locale risulta ancora ai margini della sua gestione effettiva, con un limitato accesso alla documentazione tecnica sottostante. A questo proposito la missione di novembre 2025 raccomandava di identificare al più presto i tecnici già in servizio in ciascun ospedale beneficiario e di redigere una mappa nazionale delle competenze biomediche, per "garantire la continuità del servizio tecnico all'interno delle strutture ed evitare la dipendenza esclusiva da fornitori esterni". Nel corso della missione di valutazione finale inoltre **non è stato consentito l'accesso al sistema informatico EASI per verificarne la qualità e l'efficacia**. I valutatori non hanno quindi avuto riscontri evidenti delle conclusioni del rapporto di audit, malgrado in questo caso si trattasse di un elemento chiave per il successo del progetto, che dovrebbe consentire una gestione coordinata delle risorse e dell'approvvigionamento delle attrezzature.

D.5.3 I laboratori tecnici e i call center locali sono stati attivati come previsto dal piano?

Il Rapporto finale di audit conferma che "i **laboratori tecnici** sono stati allestiti e sono operativi, con personale assegnato e attività regolarmente registrate nel sistema di gestione"[15]. Per il CNTS è stata adottata una soluzione differente e la copertura tecnica è assicurata dal laboratorio dell'Ospedale Materno-Infantile Blanche Gomes. Per l'Ospedale Generale di Loandjili, invece, "il laboratorio tecnico locale non è ancora pienamente operativo sotto il profilo logistico e organizzativo", con le attività di manutenzione assicurate nel frattempo dal laboratorio tecnico dell'Ospedale Adolphe Sicé come struttura di riferimento, senza interruzioni di servizio rilevate.

Riguardo ai **call center tecnici**, la componente rientra tra i sistemi di supporto tecnico-logistico previsti dal progetto, insieme al laboratorio tecnico e al sistema informatico EASI, descritti come strutture a supporto della comunicazione diretta tra personale clinico e tecnici di manutenzione. Le verifiche di dettaglio condotte per ogni ospedale nel Rapporto Intermedio di audit confermano, per le strutture visitate, l'attivazione dei call center, accanto ai laboratori tecnici e al censimento delle apparecchiature. Non sono emersi, né nel Rapporto Intermedio né nel Rapporto Finale, segnalazioni di call center non attivati nelle strutture del perimetro contrattuale.

La missione di valutazione ha potuto riscontrare **l'effettiva funzionalità delle strutture allestite**, sia riguardo ai laboratori tecnici che ai call center per la presa in carico delle esigenze di manutenzione. I locali resi disponibili all'interno delle strutture ospedaliere sono stati tutti riabilitati a cura dell'operatore privato, che si è fatto carico dei relativi costi. I laboratori risultano ad oggi equipaggiati e riforniti con regolarità delle principali componenti per la manutenzione delle attrezzature biomedicali. D'altra parte **il personale operante nei laboratori è nella quasi totalità nella disponibilità esclusiva del soggetto esecutore privato**: si tratta di tecnici italiani esperti in

[15] Groupement AUDITEC-FOIRIER CONSULTING & KPMG CONGO. *Rapport Technique et Financier Final du financement octroyé par la République Italienne à la République du Congo pour le renforcement de son offre de santé*. Mars 2026

forniture biomedicali o di giovani tecnici locali inseriti in un percorso di formazione. Non risulta che sia stato previsto a livello progettuale alcun meccanismo in grado di garantire il successivo passaggio di tale personale (almeno quello locale) all'interno delle strutture ospedaliere, generando un sostanziale interrogativo sulla sostenibilità delle azioni avviate.

Una conferma di questa problematica progettuale si è riscontrata nelle interviste con i funzionari del Ministero della Sanità, che evidenziavano la **necessità di integrare l'attività svolta dal progetto italiano con il sistema di formazione e manutenzione del Ministero**, in modo da poter avere delle ricadute positive su tutto il sistema sanitario. Questo sistema, per quanto limitato, continua a gestire gli ospedali del Paese, attraverso la disponibilità di limitate risorse umane gestite a livello centrale, le quali potrebbero beneficiare dalle attività messe in campo dal progetto, laddove il sistema di manutenzione e formazione gestito dall'operatore privato (piattaforma EASI, tecnici dedicati, laboratorio tecnico per ospedale) opera invece come infrastruttura parallela e non integrata con la direzione tecnica ministeriale.

D.6. In che misura il personale sanitario e tecnico formato ha acquisito competenze effettive nell'utilizzo, gestione e manutenzione delle tecnologie biomediche?

- Il progetto ha avviato **attività di formazione** e affiancamento sul campo rivolte all'uso, alla manutenzione e alla riparazione delle tecnologie biomedicali; tuttavia, il raggiungimento del target del 75% di personale con competenze migliorate non è verificabile, poiché non sono stati elaborati né l'*assessment* iniziale previsto per la definizione dei target né test post-formazione necessari a misurare i progressi conseguiti.
- Le evidenze qualitative indicano un **trasferimento di competenze in corso**, sostenuto dalla collaborazione tra tecnici ospedalieri e personale dell'operatore privato, apprezzato dai responsabili delle strutture. Gli interventi di manutenzione restano però prevalentemente realizzati da tecnici esterni e il periodo effettivo di attuazione non consente ancora di valutare adeguatamente il livello di autonomia acquisito dal personale locale.
- L'affiancamento *on-the-job* costituisce una base positiva per lo sviluppo delle capacità locali, ma non ha ancora prodotto un meccanismo strutturato di "**formazione dei formatori**" in grado di auto-alimentare la diffusione di competenze all'interno del sistema sanitario congolese; la trasformazione di questa buona pratica in un dispositivo moltiplicatore richiederebbe l'istituzionalizzazione di un percorso formativo dedicato, auspicata da più attori ma non ancora avviata, e un maggiore coordinamento con partner come l'UNESCO o l'OMS.

D.6.1 Il target del 75% del personale con competenze migliorate è stato raggiunto in termini non solo quantitativi (% formati) ma qualitativi (qualità del trasferimento)?

Il Quadro Logico della Scheda di Valutazione allegata al progetto fissava l'indicatore I.3.1 come "% del personale tecnico sanitario che migliora le proprie competenze su utilizzo e manutenzione degli equipaggiamenti a seguito della formazione", con un target del 75%, da misurare tramite "test di valutazione post-formazione": il documento di progetto stesso **rimandava la definizione di tali valori a un momento successivo**, segnalando che la baseline non era stata definita al momento dell'approvazione. Non risulta essere sato realizzato il previsto report di assessment iniziale con i valori di baseline, né ci sono evidenze dei risultati di test di valutazione post-formazione previsti come fonte di verifica. **Il target del 75% del personale con competenze migliorate non risulta quindi verificabile** né in termini quantitativi né qualitativi sulla base delle evidenze raccolte, mentre i pochi elementi disponibili suggeriscono che il trasferimento di competenze sia ancora parziale e non consolidato.

Le interviste condotte presso gli ospedali beneficiari indicano che l'attività di manutenzione, pur presente in tutte le strutture, viene quasi sempre **effettuata dal personale dell'operatore privato** e raramente da tecnici specializzati dell'ospedale. Il direttore dell'ospedale di Talangaï, nel descrivere il rapporto con i tecnici della società esecutrice, riferisce che il personale ospedaliero e quello di Althea EM "costituiscono un solo gruppo di manutenzione" che "lavora in maniera congiunta con lo scambio di esperienza", ma riconosce che gli interventi tecnici restano condotti da personale esterno, sebbene fisicamente basato in loco. Lo stesso personale di Althea EM ha confermato che i tecnici biomedici sono stati formati in Congo nell'ambito dell'installazione dei laboratori tecnici ospedalieri, senza fornire evidenze relative a livelli di autonomia raggiunti o a valutazioni formali di apprendimento. Sul piano qualitativo, gli intervistati riconoscono positivamente il livello tecnico e umano del personale di Althea EM presente sul campo, senza che questo costituisca però un giudizio sul valore del trasferimento effettivo di competenze al personale locale.

Va inoltre considerato che il disegno progettuale **limitava l'ambito della formazione all'uso tecnico delle apparecchiature e alla loro manutenzione o riparazione**, escludendo qualsiasi componente di formazione clinica orientata a diagnosi e cura: ciò significa che, in ogni caso, il target formativo riguarda una competenza circoscritta e non l'insieme delle capacità professionali del personale sanitario coinvolto. Un'ultima considerazione riguarda la **tempistica di realizzazione**, più compressa rispetto al disegno progettuale originario: tutti gli operatori coinvolti hanno confermato che l'esecuzione delle forniture e delle attività correlate, incluse quelle di formazione, si è svolta in un periodo più breve rispetto a quanto previsto (in un arco effettivo di operatività di circa sei mesi), poiché i tempi indicati negli accordi contrattuali sono stati considerati un limite massimo e non un vincolo operativo. Questo ha **ridotto significativamente la possibilità di apprezzare un reale consolidamento delle competenze tecniche**: il trasferimento di know-how da un operatore esterno esperto al personale locale è un processo che richiede tempi di affiancamento, pratica supervisionata e verifica progressiva dell'autonomia raggiunta, difficilmente misurabile in un orizzonte di pochi mesi dall'avvio effettivo delle attività. Il giudizio della maggior parte dei direttori ospedalieri intervistato, circa un giudizio comparativo tra la situazione precedente e quella successiva all'intervento, concorda nel rispondere che si tratta "solo di indicazioni", precisando come sia troppo presto per valutarne l'impatto. Questa affermazione, riferita più in generale all'impatto del progetto, si applica anche al tema specifico del trasferimento di competenze, che per sua natura richiede una osservazione longitudinale per essere apprezzato in termini di solidità e autonomia raggiunta, e non solo di superamento formale dei test post-formazione.

D.6.2 Il modello di formazione ha generato capacità di "formare i formatori" (moltiplicatore interno)?

Il modello di formazione adottato dal progetto **non ha ancora generato una capacità strutturata di "formazione dei formatori"**: si è trattato piuttosto di un affiancamento operativo "*on the job*", che costituisce una buona pratica ma non è stato istituzionalizzato in un percorso formale capace di moltiplicare autonomamente le competenze all'interno del sistema sanitario congolese.

La componente formativa dell'intervento italiano ha riguardato essenzialmente i manutentori di macchinari ospedalieri e gli esperti nel montaggio delle apparecchiature, con l'obiettivo di evitare che equipaggiamenti forniti nel progetto e da altri stakeholder restino per anni negli imballaggi o nei magazzini degli ospedali, oppure che, in caso di danneggiamento di un componente, non vi sia personale in grado di ripararlo o sostituirlo. La soluzione messa in atto è consistita nella creazione di un team di manutentori all'interno dell'ospedale, accompagnato e formato "*on the job*" dal team italiano: questa è considerata una buona pratica che l'intervento sta effettivamente realizzando, ma resta ancorata al trasferimento diretto formatore-discente all'interno della coppia tecnico Althea EM/tecnico ospedaliero, senza un disegno esplicito che preveda la formazione di figure capaci a loro volta di istruire nuovo personale, cioè un vero meccanismo moltiplicatore. Le interviste condotte presso l'ospedale di Talangaï confermano questa impostazione: i tecnici locali e quelli di Althea EM

"costituiscono un solo gruppo di manutenzione", ma l'obiettivo dichiarato all'avvio del progetto, "che progressivamente ci fosse un trasferimento di competenze", risulta ancora un processo in corso, non un risultato consolidato e trasferibile ad altri operatori dello stesso ospedale o di altre strutture.

Nel corso dell'incontro per la revisione a medio termine delle attività ospedaliere, tenutosi a Brazzaville nel luglio 2026, l'UN Resident Coordinator ha auspicato che la pratica di affiancamento tra tecnici italiani e personale locale venga prolungata nel tempo, proponendo l'istituzione di un corso di formazione professionale strutturato per manutentori[16]. È stata inoltre segnalata la disponibilità di un accordo decennale tra UNESCO ed ENI sulla formazione professionale in Congo, che potrebbe essere coinvolto per dare struttura permanente a questo percorso. Questi segnali indicano che, a livello di sistema, si **riconosce il valore potenziale del modello adottato dal progetto italiano**, ma anche la sua attuale mancanza di formalizzazione e di capacità di auto-riproduzione. La stessa revisione a medio termine delle attività ospedaliere ha d'altra parte rilevato che le risorse umane del sistema sanitario congolese presentano un **deficit quantitativo e qualitativo di personale specializzato**, senza un piano di formazione continua a livello nazionale, senza una politica di fidelizzazione del personale e senza un contratto collettivo dedicato: si tratta di un contesto che di per sé limita la capacità del modello di affiancamento italiano di generare formatori interni stabili, in **assenza di una politica pubblica di gestione delle competenze** in cui inserirsi. Le raccomandazioni emerse dalla stessa revisione, indirizzate ai partner tecnici e finanziari, invitano esplicitamente a contribuire al potenziamento della manutenzione biomedica attraverso la formazione di ingegneri e tecnici, e a istituire un sistema di mentoring e coaching tra gli ospedali, confermando che un vero meccanismo moltiplicatore (formazione di formatori, mentoring tra pari, coaching strutturato) è tuttora da costruire.

Il progetto italiano non dispone di per sé di strumenti (curriculum strutturato, certificazione, docenti locali dedicati) per generare un **moltiplicatore interno**, e che tale funzione dovrebbe essere costruita attraverso **partnership esterne**, in particolare con l'OMS per la fornitura di attrezzature e l'UNESCO, assieme ad un Ente locale di Formazione, per l'istituzionalizzazione della formazione alla manutenzione. Un elemento complementare di analisi sul modello formativo adottato riguarda la **filiera di approvvigionamento**: qualora si formassero manutentori locali autonomi e capaci di istruire colleghi, la loro capacità di operare in modo indipendente resta condizionata dalla disponibilità di una filiera di approvvigionamento che il progetto non ha ancora organizzato, dal momento che non è stata condivisa finora una lista di contatti utili presso i fornitori. Infine, come già rilevato più sopra, la formazione fornita dal progetto italiano resta limitata all'uso delle attrezzature, escludendo componenti più ampie come la diagnosi o la didattica clinica, che sarebbero necessarie per sviluppare vere capacità di trasferimento didattico.

4.4. Efficienza

D.7. In che misura il meccanismo di Budget Support Settoriale ha funzionato come strumento di *policy dialogue*, orientando le scelte del governo congolese verso risultati sanitari misurabili oltre la semplice compliance documentale?

- Il **meccanismo di Budget Support Settoriale** ha definito la disciplina di rendicontazione: le condizioni per l'erogazione della seconda tranche (almeno il 50% della prima tranche speso e il 70% impegnato) sono state raggiunte, contribuendo ad accelerare i tempi di forniture e

[16] Ministère de la Santé et de la Population. Direction Générale des Soins et Services de Santé. *Revue à Mi-Parcours des Activités des Hôpitaux*. 2026

installazioni. Tali condizionalità erano tuttavia orientate prevalentemente all'assorbimento finanziario e alla compliance contrattuale, senza indicatori collegati alla qualità dei servizi, alla sostenibilità o al rafforzamento delle capacità del sistema sanitario.

- Il **dialogo bilaterale** ha favorito l'allineamento generale dell'iniziativa con il PNDS e ha rafforzato la visibilità e il capitale relazionale tra Italia e Congo, anche attraverso incontri politici di alto livello. Esso ha rafforzato la **priorità politica del programma** e la spinta a proseguirlo verso la Fase II, mentre la sua capacità di incidere sulle decisioni operative di allocazione delle risorse è rimasta piuttosto limitata, apparentemente in base alla logica di ownership del BSS e all'ampia autonomia mantenuta dalle istituzioni congolesi, in particolare dal MCIPPPP.
- La **gestione finanziaria** risulta nel complesso tracciabile, con separazione contabile tra i 35 milioni di euro di credito d'aiuto e i 10 milioni a dono e senza scostamenti rilevati nella riconciliazione dei flussi. Il modello di remunerazione forfettaria della DSP non ha però consentito di distinguere con precisione le risorse destinate a tecnologie, manutenzione e formazione, limitando la possibilità di misurare e rendicontare i risultati sanitari e di *capacity building* prodotti dalle diverse componenti del finanziamento.

D.7.1 Le condizionalità dell'Accordo (art. 5.3 e 5.4: >50% speso e >70% impegnato per la seconda tranche) hanno avuto un effetto addizionale sulla qualità dell'implementazione?

L'Accordo bilaterale di finanziamento stabiliva una erogazione suddivisa in due tranche e delle specifiche condizionalità per l'erogazione della seconda tranche del prestito concessionale, pari a 15 milioni di euro. Questa doveva essere rilasciata "in seguito all'approvazione da parte del Comitato di Pilotaggio... di una relazione tecnica e finanziaria della società di revisione... che attesti che almeno il 50% dell'importo della prima tranche è stato sborsato e che almeno il 70% dell'importo della prima tranche è stato formalmente impegnato tramite ordini, contratti o accordi". La formulazione di tale condizionalità era quindi puramente **quantitativo-finanziaria**, misurando esclusivamente la **velocità di assorbimento dei fondi** e il livello di impegno contrattuale, non la qualità tecnica delle realizzazioni, la loro coerenza con i bisogni sanitari, né contemplando indicatori di rafforzamento istituzionale del Ministero della Salute o del sistema sanitario nel suo complesso. Il rapporto tecnico-finanziario richiesto dall'articolo 6.1.5 dell'Accordo doveva esclusivamente riguardare "l'integralità degli importi impegnati ed erogati" e contenere "una relazione sugli appalti svolti", confermando che il **focus restava la conformità e la adeguatezza della spesa piuttosto che l'efficacia dell'intervento**: la sua analisi si concentra sul confronto tra costi unitari per letto e relativi benchmark internazionali, fornendo un controllo di congruità economica, e non alimentando un meccanismo di condizionalità legato agli esiti sanitari o di *capacity building*.

L'applicazione pratica degli accordi bilaterali ha di fatto generato una **pressione temporale** sull'esecuzione. Il COPIL del 22 dicembre 2025 attestava che, ai fini dello sblocco della seconda tranche, la società di audit aveva fornito la certificazione circa la spesa effettiva di oltre il 50% dell'importo della prima tranche e che più del 70% della stessa tranche era comunque già impegnato, condizioni considerate sufficienti a soddisfare i requisiti previsti per la richiesta di erogazione della seconda tranche, senza peraltro fare menzione della differenza con quanto previsto nei documenti approvati in sede di finanziamento della iniziativa, quanto a tempistiche di esecuzione. Il Rapporto di missione AICS di novembre 2025 registrava in effetti "la sorprendente rapidità d'esecuzione dell'intervento (3 mesi dall'accredito al Ministero della Cooperazione delle tranche di finanziamento)", attribuendola alla capacità logistica dell'operatore Althea EM, il quale "ha mobilitato al massimo le sue capacità logistiche" proprio in vista di queste scadenze. Questo dato suggerisce che la condizionalità ha effettivamente accelerato la fornitura fisica delle apparecchiature, ma come **effetto collaterale di una logica di rendicontazione finanziaria**, non come meccanismo esplicitamente disegnato per innalzare gli standard qualitativi dell'intervento.

Nessuno dei documenti esaminati indica che le soglie del 50%/70% fossero accompagnate da indicatori paralleli di qualità tecnica, sostenibilità o sviluppo di capacità nazionali. Il COPIL del 25 febbraio 2026 chiarisce anzi il limite del ruolo della parte italiana in questo schema: "trattandosi di un supporto al budget, AICS non interviene applicando la metodologia o le modalità operative classiche, …non rientra quindi nei compiti di AICS entrare nel dettaglio dei contratti" tra il Governo congolese e l'operatore privato, la cui **verifica di conformità è stata delegata esclusivamente alla società di audit**. Questo assetto conferma che il meccanismo di condizionalità dell'Accordo si è concentrato sulla certificazione dell'utilizzo dei fondi (superamento soglie di spesa/impegno, separazione dei conti credito/dono) piuttosto che su traguardi di rafforzamento della governance sanitaria congolese, aspetto che nella stessa riunione viene invece rimandato a un futuro "comitato tecnico di monitoraggio" ancora da istituire.

L'analisi complessiva suggerisce che le condizionalità dell'Accordo abbiano avuto un **effetto addizionale primariamente sulla velocità di esecuzione** e sulla disciplina di rendicontazione finanziaria, contribuendo indirettamente alla rapidità con cui le apparecchiature sono state fornite e installate. Tuttavia, **l'assenza di indicatori di condizionalità collegati a parametri di qualità tecnica**, sostenibilità istituzionale o rafforzamento delle capacità del Ministero della Salute rappresenta un limite strutturale del disegno dello strumento di budget support: la logica delle soglie del 50%/70% resta focalizzata sull'assorbimento dei fondi, mentre il miglioramento delle capacità di sviluppo settoriale del paese è demandato a strumenti complementari e informali, come le raccomandazioni emerse dalle missioni di monitoraggio e la proposta, peraltro non attuata, di un comitato tecnico dedicato al monitoraggio dell'impatto e alla programmazione della seconda fase del programma.

D.7.2 Il dialogo politico bilaterale ha inciso sulle decisioni allocative del MCIPPPPP e del MSP?

Le linee guida internazionali sul BS definiscono il ***policy dialogue*** come "una delle principali componenti dei contratti di sostegno al bilancio, insieme al trasferimento di fondi, alla valutazione delle performance e allo sviluppo delle capacità"[17]. Un dialogo efficace è tipicamente caratterizzato da un approccio "guidato dal governo, proattivo, strategico, strutturato e documentato"[18], basato su dati di monitoraggio generati idealmente dal beneficiario stesso. La letteratura sul Sector Budget Support è d'altra parte esplicita su un punto cruciale: "i donatori hanno un'influenza limitata sulle decisioni politiche di alto livello. Questa influenza declina nel tempo proprio mentre si rafforza l'*ownership* domestica della politica"[19]. Si raccomanda quindi ai donatori di "concentrarsi sul supportare l'implementazione delle politiche piuttosto che influenzare le decisioni politiche di alto livello", e si osserva empiricamente che il BSS "tende a essere allocato come risorsa aggiuntiva alla spesa settoriale" senza che i requisiti di addizionalità dei donatori "facciano una grande differenza sulla traiettoria complessiva dell'allocazione delle risorse settoriali"[20].

Il caso oggetto di valutazione conferma pienamente questo schema teorico, e per certi aspetti lo radicalizza. Il **dialogo bilaterale** ha prodotto risultati tangibili sul piano dell'indirizzo strategico teorico, con il Documento di Progetto costruito in piena coerenza con il PNDS 2023-2026 e il coinvolgimento diretto dei vertici politici ai massimi livelli. Tuttavia, scendendo al livello delle decisioni allocative operative, l'evidenza documentale ha mostrato un **quadro di autonomia congolese quasi totale**, amplificata dalla scelta dello strumento esecutivo (la Delega di Servizio Pubblico). Coerentemente con quanto osservato dalla letteratura sul carattere "aggiuntivo" ma non trasformativo del BSS, anche nel caso congolese il contributo italiano si configura come un'iniezione

[17] *Budget Support Guidelines*, European Commission / International Partnerships (2017)
[18] ibidem
[19] *Sector Budget Support in Practice: Good Practice Note*, ODI (Overseas Development Institute) - 2010
[20] ibidem

di risorse aggiuntive all'interno di una governance settoriale che il dialogo bilaterale non ha potuto rimodellare in profondità. Lo stesso rapporto di missione AICS del novembre 2025 registrava, ad ogni visita ospedaliera, "un'insufficiente livello di informazione attorno all'iniziativa" e "difficoltà relative alle comunicazioni istituzionali intra-congolesi", raccomandando per la seconda fase un maggior coordinamento tra Ministero della Cooperazione, Ministero della Salute e direzioni ospedaliere proprio perché tale coordinamento non si era realizzato spontaneamente nella prima fase.

La **missione ministeriale italiana** del 9 gennaio 2026, che ha visto incontri con il Presidente Sassou-Nguesso, il Primo Ministro Collinet Makosso e i Ministri congolesi della Cooperazione e della Salute, è stata descritta come un evento positivo nelle relazioni bilaterali, che ha contribuito alla visibilità politica e istituzionale dell'intervento. Il dialogo politico ha in effetti agito soprattutto come fattore di legittimazione, accelerando la richiesta congolese per la Fase II, già formalmente presentata al MCIPPPP prima della missione, piuttosto che come strumento per riorientare specifiche scelte allocative del Ministero della Salute. Il dialogo politico italiano ha dunque generato **visibilità e credito reciproco**, ma **non ha tradotto questa leva relazionale in una reale codecisione sulle priorità di allocazione** delle risorse, che sono rimaste sostanzialmente appannaggio del MCIPPPP congolese, con effetti di frammentazione interna che si sono riverberati fino al livello delle singole direzioni ospedaliere.

D.7.3 I fondi BSS sono stati gestiti in modo trasparente, tracciabile e con separazione contabile tra le due componenti?

L’analisi del Rapporto Tecnico e Finanziario Finale di audit conferma il giudizio di trasparenza, tracciabilità e separazione contabile già formulato nel Rapporto Intermedio, ma consente di precisare in modo più netto i limiti metodologici della verifica, che il documento stesso dichiara esplicitamente. Il capitolo 7 attesta che l'analisi dei flussi finanziari copre distintamente la componente di credito concessionale (35.000.000 €) e quella a dono (10.000.000 €), con contabilizzazione separata delle due voci nell'ambito delle tranche ricevute (45.000.000 € totali). La riconciliazione "end-to-end" tra erogazioni, evidenze bancarie, trasferimenti all’operatore privato e fatture di riferimento non ha rilevato differenze o scostamenti non giustificati, confermando la **piena tracciabilità della catena finanziaria fino al beneficiario operativo**.

Il paragrafo 7.1 (Préambule méthodologique) introduce peraltro una circoscrizione esplicita e rilevante rispetto al Rapporto Intermedio: mentre quest'ultimo aveva condotto "un'analisi approfondita della coerenza tra le condizioni contrattuali e i prezzi applicati", il Rapporto Finale dichiara di concentrarsi "esclusivamente sulla tracciabilità dei flussi finanziari, sulla corrispondenza tra i contributi ricevuti e gli importi trasferiti, nonché sulla copertura finanziaria delle attività della prima annualità contrattuale". È importante sottolineare che il rapporto intermedio di audit era stato in effetti condotto attorno a **tre assi**: la corrispondenza tra attività previste e realizzate, il rispetto del calendario operativo e la coerenza delle spese impegnate, quest'ultima intesa come analisi qualitativa dei costi unitari rispetto ai prezzi di mercato (ad esempio il confronto sul tasso di manutenzione delle attrezzature biomedicali, stimato tra il 12% e il 15%). Si trattava dunque in quel caso di una verifica prevalentemente fisico-tecnica (inventario delle attrezzature, stato di consegna e installazione, congruità dei prezzi) e non di un audit contabile-finanziario dei flussi di fondi in sé, né di una verifica della loro effettiva iscrizione a bilancio o della separazione dei conti tra le componenti. Si è trattato quindi tra i due rapporti di un progressivo restringimento del perimetro di analisi: dalla verifica di congruità economica dei prezzi (Rapporto Intermedio) alla verifica di coerenza formale dei flussi (Rapporto Finale), dando per assodata in precedenza la congruità.

Questo scarto è reso ancora più esplicito nel paragrafo 7.5, dove si afferma che, "tenuto conto della natura del contratto di Delega del Servizio Pubblico, strutturato secondo **importi contrattuali predeterminati** e non secondo una logica di rimborso analitico dei costi individuali sostenuti", nessun elemento è emerso "di natura tale da modificare le conclusioni già formulate nel Rapporto

Intermedio riguardo alla giustificazione dell'importo complessivo relativo alla prima annualità contrattuale". In altre parole, il Rapporto Finale si è limitato a richiamare le conclusioni già formulate nella fase intermedia, assumendole come valide senza ulteriore approfondimento.

Il documento stesso qualifica il proprio esito come un "livello di assicurazione ragionevole… nei limiti degli elementi probanti disponibili e del perimetro della missione" (par. 3), non come una certificazione di correttezza assoluta. Il controllo sui pagamenti effettuati dall'operatore ai fornitori è stato condotto "su base campionaria" (par. 7.3), quindi non esaustiva. Inoltre, la nota metodologica sulla colonna "% di beni e servizi di origine italiana" chiarisce che il dato indicato si riferisce unicamente alla controparte contrattuale beneficiaria delle erogazioni (la società Althea Emerging Markets, di diritto italiano) e non costituisce "una ricostruzione analitica dell'origine geografica effettiva di ciascun bene, componente, prestazione o input utilizzato nell'esecuzione del Programma".

Per quanto riguarda la logica della destinazione dei fondi, in base alla loro diversa tipologia di dono e credito d'aiuto, si rileva che il contributo italiano di 45 milioni di euro è stato erogato specificando che le due componenti del finanziamento contribuivano in maniera sinergica e complementare al raggiungimento degli obiettivi del programma, ma **senza alcuna indicazione della specifica destinazione dei fondi**. Questo ha consentito una gestione finanziaria che non ha effettuato alcuna distinzione nell'ambito dell'esecuzione, riguardo a quale quota del finanziamento fosse effettivamente indirizzata alla componente di formazione/*capacity building* rispetto a quella di fornitura tecnologica o di manutenzione.

La stessa Delega di Servizio Pubblico (DSP) è configurata come un contratto "volto a ottenere un risultato" e non come una fornitura di beni e servizi scomponibile per voce di costo, motivo per cui "verrà corrisposto un importo forfettario complessivo annuo a fronte del raggiungimento di tutti i risultati previsti" e non è possibile "articolare le voci di costo con un livello di dettaglio superiore" rispetto alle macro-attività del cronoprogramma. Ne è conseguito che il pagamento **forfettario ha coperto cumulativamente indistintamente le attività di fornitura, manutenzione e formazione senza un collegamento contabile diretto alla fonte di finanziamento** (credito o dono), rendendo di fatto impossibile isolare e valorizzare a livello di rendicontazione l'impatto specifico della componente a dono sulla *capacity building*, nonostante quest'ultima fosse la componente concettualmente più coerente con la natura del dono stesso, e limitando la possibilità per la Cooperazione Italiana di rendicontare specificamente i risultati ottenuti con l'utilizzo dei fondi non rimborsabili.

D.8 I meccanismi di gestione, supervisione e procurement hanno rispettato i principi di economicità, trasparenza e rispetto dei tempi?

- I meccanismi di gestione hanno consentito un completamento rapido delle forniture previste e dell'avvio della manutenzione: entro marzo 2026 risultavano registrati 1.464 interventi manutentivi, di cui il 93% dei guasti bloccanti gestito entro 24 ore. L'audit ha inoltre rilevato una **coerenza tra attività realizzate, flussi finanziari e pianificazione operativa** della prima annualità del Plan de Travail, offrendo una base di trasparenza e tracciabilità dell'esecuzione.
- Il COPIL ha esercitato una funzione di **supervisione attiva**, formulando osservazioni tecniche puntuali sulle criticità emerse durante l'attuazione. La sua capacità di monitorare sistematicamente risultati, scostamenti e azioni correttive è stata tuttavia condizionata dall'**assenza di un quadro unico e pienamente utilizzabile di indicatori**. La mancata definizione delle baseline previste e la difformità tra indicatori dei documenti progettuali hanno limitato la possibilità per il COPIL di verificare in modo oggettivo i progressi relativi alla esecuzione del progetto. Ne è derivata una supervisione prevalentemente basata su evidenze

qualitative, rapporti di audit e segnalazioni puntuali, anziché su un sistema di performance condiviso e direttamente collegato alle decisioni correttive.

- La realizzazione delle forniture è **proceduta nei tempi definiti** dal *Plan de Travail* della prima annualità, completando entro marzo 2026 le installazioni e gli elementi residuali segnalati nel rapporto intermedio. Permane tuttavia un disallineamento tra tale pianificazione annuale e l'orizzonte triennale o quinquennale previsto nei diversi documenti di progetto, che ha inciso negativamente sulla capacità di formulare un giudizio sulle altre componenti del progetto: manutenzione e formazione si sarebbero dovute distribuire in un arco temporale più prolungato, per poterne apprezzare i benefici e le effettive ricadute positive.

D.8.1 Il COPIL ha esercitato un ruolo di supervisione effettiva o è rimasto un organo prevalentemente formale?

La governance del programma è stata affidata a un **Comité de Pilotage (COPIL)** a composizione mista italo-congolese, le cui riunioni sono state previste con cadenza semestrale, incaricato di validare i rapporti di monitoraggio e verificare l'avanzamento delle attività. Il COPIL era composto da un rappresentante del MCIPPPP, uno del MSP, uno dell'Ambasciata d'Italia a Brazzaville e uno della Sede Estera AICS competente. Il sistema di Monitoraggio, Valutazione, Ricerca e Apprendimento (MERL) prevedeva:

- Rapporti di monitoraggio semestrali prodotti dai dipartimenti tecnici dei ministeri competenti, in particolare dalla DG Equipments del MSP;
- Una **valutazione intermedia** (a metà percorso) con funzione di *early warning* e emanazione di misure correttive;
- Una **valutazione finale** entro 90 giorni dalla chiusura delle attività.

Prima di analizzare l'operato del COPIL, è interessante operare una riflessione sullo strumento principale che questo organismo avrebbe dovuto utilizzare, cioè il **quadro di riferimento degli indicatori di risultato/performance**. Malauguratamente tali indicatori risultano difficilmente identificabili, in quanto riportati in maniera piuttosto difforme dei documenti progettuali. Di seguito si presenta il confronto tabellare tra i tre documenti principali di riferimento: il Documento di Progetto predisposto dal MCIPPPP, la Scheda di valutazione preparata da AICS e sottoposta al Comitato Congiunto, il Plan de Travail operativo redatto dall'operatore Althea EM, che dovrebbe tradurre gli impegni contrattuali presi in sede DSP.

Tabella 6: Confronto indicatori documenti di riferimento

Dimensione	Documento di Progetto	Scheda di Valutazione	Plan de Travail
Presenza di un quadro logico strutturato	Sì, ma semplificato: una tabella a 4 livelli (obiettivo generale, obiettivi specifici, risultato, indicatori, attività) priva di colonne baseline/target	Sì, quadro logico completo con colonne Logica dell'intervento / Indicatori / Baseline / Target / Fonti di verifica / Ipotesi	Assente: il documento non contiene alcun quadro logico né elenco di indicatori di risultato
Livello di riferimento degli indicatori	Sistema sanitario nazionale/distrettuale (coerente con l'impianto PNDS, "Nombre de districts revitalisés")	Doppio livello: obiettivo generale su indicatori epidemiologici nazionali (mortalità materna, speranza di vita) e risultati (R1-R3) sulle strutture target	I 9 ospedali target, ma solo a livello di aree cliniche interne, senza collegamento esplicito né ai target nazionali né ai KPI contrattuali
Indicatori su disponibilità apparecchiature	"Disponibilité des équipements médicaux", "Nombre d'appareils médicaux fonctionnels" — indicatori descrittivi, senza soglie numeriche	Disponibilità apparecchiature (Uptime): baseline TBD, target 96% su base trimestrale; Tasso di utilizzo: target 80% su base trimestrale	Non presente come indicatore; il documento descrive solo lo stato attuale delle attrezzature ospedale per ospedale in forma qualitativa

Dimensione	Documento di Progetto	Scheda di Valutazione	Plan de Travail
Indicatori su manutenzione	Elencati come "KPI" separati e paralleli al quadro logico: uptime 96%, tempo di intervento 24h/48h, inventario completo entro 6 mesi — senza però essere integrati nella tabella del quadro logico stesso	Basi tecniche/centro coordinamento funzionanti (target TBD); calendario di manutenzione programmata (target: 1 per struttura); tempo di risposta ai guasti (24h/48h)	Non quantificato: si menziona che la DSP prevede "indicatori di performance specifici" legati a penali contrattuali, ma senza riportarne l'elenco né i valori
Indicatori su formazione	"Nombre d'agents de santé formés", "Niveau de connaissances des agents de santé" — indicatori quantitativi, senza target	Personale tecnico-sanitario che migliora le competenze: baseline TBD, target 75%	Non presente; la formazione è descritta come attività operativa (piani di formazione per il personale) senza indicatori di esito
Indicatori su infrastrutture	"Amélioration des infrastructures de santé" (voce di attività, non di indicatore misurabile)	% di miglioramento infrastrutturale e prestazionale: baseline TBD, target +40%	Non presente; solo descrizione qualitativa per area clinica (chirurgia, urgenze, ecc.) delle carenze riscontrate hospital per hospital

Fonte: Elaborazione Team di Valutazione

La difformità più rilevante è che **solo la Scheda di Valutazione elaborata da AICS possiede un quadro logico realmente strutturato**, con baseline e target quantificati per ciascun risultato (uptime 96%, utilizzo 80%, personale formato 75%, miglioramento infrastrutturale +40%, tempi di intervento 24h/48h). D'altra parte, la stessa Scheda rimanda per la definizione dei valori target ad una quantificazione dei valori iniziali attraverso un "report di assessment iniziale" da realizzare successivamente, che però non è stato di fatto mai predisposto. Il **Documento di Progetto** predisposto dalla controparte congolese, che è il documento a monte, riporta invece una tabella di indicatori generici e non quantificati, mutuata dalla logica di sistema del PNDS, e accompagnata da un elenco separato di "KPI" contrattuali che si sovrappone solo parzialmente al quadro logico semplificato, generando una duplicazione poco coerente tra i due livelli all'interno dello stesso documento. **il Plan de Travail** infine, pur essendo il documento più operativo e più vicino alla fase esecutiva**, non contiene alcun indicatore di risultato**: si limita a un cronoprogramma di attività e a un piano di spesa per ospedale, menzionando solo genericamente l'esistenza di "indicatori di performance specifici" collegati a meccanismi di penale contrattuale nella DSP, senza mai riportarne l'elenco o i valori target.

Ne è risultato un **disallineamento a cascata**, che ha reso complessa l'analisi del valutatore e ancor più il lavoro del COPIL: il quadro logico più rigoroso (Scheda AICS) non ha trovato infatti un aggancio esplicito nel documento che avrebbe dovuto guidare l'attuazione pratica del progetto (Plan de Travail), rendendo difficile ricostruire una catena di monitoraggio coerente tra pianificazione strategica e pianificazione operativa. Nella sua prima riunione (9 giugno 2025) il COPIL ha in effetti validato il Plan de Travail, senza però rilevare le difformità con gli altri documenti, quanto a indicazioni utili per il monitoraggio. La lettura dei verbali delle riunioni del Comitato di Pilotaggio (COPIL) mostra infatti l'attività di un organo che ha esercitato puntualizzazioni tecniche di buona qualità e crescente esplicitazione, ma con una **insufficiente capacità di incidere sulla presa in carico effettiva delle richieste correttive**, anche rispetto ai propri stessi rilievi.

Il primo COPIL (giugno 2025) formulava in effetti raccomandazioni operative precise: separazione dei conti credito/dono, necessità di un adeguamento infrastrutturale parallelo (efficienza idro-energetica) per garantire il funzionamento degli apparecchi, e opportunità di concentrare la prima fase su un numero limitato di strutture invece che sulle nove complessive. Il secondo COPIL (novembre 2025) era ancora più dettagliato: individuava sei criticità specifiche: collegamento dei circuiti di ossigeno nelle sale di rianimazione, percorsi di accesso ai nuovi servizi (igiene,

climatizzazione, ascensore di Loandjili), recupero di attrezzature inventariate, riattivazione di due scanner donati dalla Banca Mondiale e rimasti inutilizzati, identificazione degli utenti da formare, organizzazione dell'approvvigionamento di ricambi; rilevava inoltre che le direzioni ospedaliere non erano state sufficientemente informate sui dettagli del progetto. Il quarto COPIL (febbraio 2026), dedicato esplicitamente al seguito dato alle raccomandazioni del precedente Comitato, costituisce il test più significativo dell'efficienza dello strumento, in quanto rilevava che le precedenti segnalazioni risultavano ancora non risolte e che i ritardi nella messa in servizio effettiva di alcuni equipaggiamenti ne compromettevano la piena funzionalità. Assieme alla necessità di un rafforzamento del coordinamento, queste costituivano problematiche analoghe a quelle già segnalate tre mesi prima e non ancora risolte.

A fronte di questi limiti, il COPIL ha svolto un **ruolo istituzionale positivo**: ha formalmente validato il contratto di audit e il relativo rapporto. Nella riunione del febbraio 2026 il Comitato ha riconosciuto apertamente i **propri limiti di supervisione**, auspicando nuovi strumenti di controllo, più che una risoluzione immediata delle criticità. Anche in questo caso però, la decisione di istituire un comitato tecnico di monitoraggio dedicato all'analisi dei dati sanitari e dell'impatto dell'intervento, è rimasta sostanzialmente inattuata. Il COPIL non appare quindi un organo puramente formale, in quanto le sue puntualizzazioni sono operative, circostanziate e ripetute nel tempo, ma la sua efficacia come organo di supervisione effettiva è stata limitata dalla mancanza di strumenti di verifica e di implementazione delle correzioni auspicate.

D.8.2. Sono stati rispettati i tempi del cronoprogramma approvato?

Il rispetto dei tempi di esecuzione va interpretato su due piani distinti, che è essenziale non confondere: la coerenza interna del Plan de Travail (che riguardava unicamente la prima annualità di un progetto triennale) e lo scostamento strutturale rispetto alla tempistica del documento di progetto originalmente presentato dalla controparte congolese, elaborato su una durata di 5 anni. Il Plan de Travail chiarisce esplicitamente che il progetto originale, come comunicato dal Ministero congolese nel giugno 2024, prevedeva una durata di 5 anni per un costo totale di 238 milioni di euro, mentre il contributo italiano, ratificato a settembre 2024, riguarda invece 45 milioni di euro come "tranche iniziale", con l'impegno italiano a finanziare le fasi successive solo dopo il completamento della prima. Il Plan de Travail operativo, quindi, non traduce né il cronoprogramma quinquennale originario, né il documento di progetto triennale elaborato nella Scheda di Valutazione di AICS, ma **si concentra sul dettaglio operativo di una sola annualità di esecuzione, rispetto ad una durata complessiva di 36 mesi**.

Questo ha comportato una ridefinizione implicita, e **mai apertamente discussa tra le parti**, della scala temporale: da un progetto pensato come processo continuativo di cinque anni si è passati a un dispositivo contrattuale (DSP) segmentato in fasi separate, la cui prima fase era effettivamente oggetto del finanziamento italiano, mentre fasi successive sarebbero state formalmente richieste dal governo congolese e successivamente approvate da quello italiano. Questa architettura a fasi ha generato un **rischio intrinseco di soluzione di continuità tra un ciclo e l'altro**, e aspettative non sostenibili quanto a tempistica da parte della controparte congolese, la quale ha introdotto al COPIL la richiesta di finanziamento della Fase II ben prima della scadenza del primo ciclo contrattuale.

All'interno della cornice Plan de Travail, l'evidenza documentale mostra il già menzionato rapido andamento della esecuzione. Il rapporto intermedio di audit del dicembre 2025, riferito alle prime 19 settimane di progetto, registrava 45 apparecchiature classificate come spedite ma non ancora installate, installazioni completate oltre il 90% ma con elementi accessori residui, e attività di formazione e ricezioni tecniche ancora in fase di finalizzazione, tutti aspetti risolti in sede di presentazione del rapporto finale (marzo 2026). Sul piano della manutenzione, il sistema è passato da una fase di avvio (novembre 2025) a un regime consolidato, con 1.464 interventi registrati a marzo 2026, di cui 1.322 preventivi e 142 correttivi, e tempi di intervento su guasti bloccanti rispettati nel 93% dei casi entro 24 ore.

Se invece si rapportano questi elementi esecutivi al Piano Operativo triennale e ai risultati previsti nella Scheda di Valutazione sottostante alla approvazione dell'intervento, la situazione appare piuttosto difforme. In particolare, risulta complesso valutare positivamente la compressione delle attività di manutenzione e formazione sulle attrezzature fornite, concepite su base triennale, in un arco ridotto a pochi mesi effettivi di operatività. Se da un lato la componente di fornitura di attrezzature può essere legittimamente stata eseguita in una tempistica ridotta, grazie alle capacità di programmazione e di logistica attuate in ambito DSP, le altre due componenti del programma tripartito (formazione e manutenzione), si sarebbero dovute distribuire in un arco temporale più prolungato, per poterne apprezzare i benefici e le effettive ricadute positive sulle capacità del sistema sanitario nazionale.

4.5. Impatto

D.9. Quali effetti significativi — previsti e imprevisti — ha prodotto il programma sulla capacità del sistema sanitario congolese di erogare servizi avanzati, diagnostici e terapeutici?

- Il programma ha prodotto un **primo rafforzamento della capacità** diagnostica, chirurgica e di emergenza delle nove strutture target, rendendo disponibili tecnologie e servizi più avanzati e contribuendo a migliorare la funzionalità di pronto soccorso, sale operatorie e servizi diagnostici. D'altra parte è ancora **prematuro** rilevare una riduzione effettiva delle evacuazioni sanitarie o della migrazione per cure all'estero: l'intervento agisce sulla disponibilità di tecnologie, ma persistono fattori rilevanti quali carenze infrastrutturali, disponibilità di farmaci, competenze cliniche specialistiche, sicurezza delle cure e fiducia della popolazione nei servizi locali.
- Gli **effetti sul sistema sanitario** rimangono per ora circoscritti alle nove strutture beneficiarie, senza meccanismi strutturati di diffusione verso altri ospedali. Vi sono tuttavia opportunità concrete di ampliarne le ricadute, integrando il modello di manutenzione e formazione con il sistema del Ministero della Salute, promuovendo scambi tra ospedali e valorizzando le apparecchiature acquistate da altri donatori che risultano ancora non installate o non manutenute.

D. 9.1 In che misura l'intervento ha contribuito a ridurre il ricorso a strutture estere o alla migrazione sanitaria per prestazioni non disponibili in loco?

Le **evacuazioni sanitarie** dalla Repubblica del Congo verso paesi con infrastrutture mediche più avanzate, generalmente la Francia o il Sudafrica, vengono organizzate tramite aeromobili medicalizzati a causa della complessità dei casi trattati, e per i funzionari statali esiste una circolare del Ministero delle Finanze che ne definisce i massimali, applicabile esclusivamente per terapie non disponibili nel paese[21]. Al di là di questo canale istituzionale, la migrazione sanitaria riguarda anche il ceto medio-alto congolese per interventi meno critici come cure dentarie ed estetiche, verso destinazioni quali Turchia o Marocco, oltre che per patologie gravi come il cancro o percorsi di riabilitazione cardiocircolatoria; in alternativa, si ricorre talvolta a équipe di specialisti stranieri che operano in loco una tantum.

L'intervento italiano sta contribuendo a rendere più sofisticate le tecniche diagnostiche, così come i pronto soccorso e le sale operatorie, rendendoli meglio attrezzati e funzionanti, un miglioramento coerente con l'obiettivo generale del programma di contribuire all'ampliamento

[21] https://www.finances.gouv.cg/sites/default/files/documents/Circulaire%20%C3%A9vacuations%20sanitaires.pdf

dell'accesso e della copertura dei servizi sanitari di qualità negli ospedali pubblici del Congo. Tuttavia, è ancora prematuro osservare un miglioramento tangibile in termini di riduzione della migrazione sanitaria: per una maggiore efficacia servirebbe innanzitutto una **importante campagna di informazione**, poiché al momento non esiste alcuna visibilità sui nuovi servizi disponibili, nemmeno a livello distrettuale per un possibile *referral* dei pazienti più gravi verso le strutture riabilitate. I dati di performance disponibili confermano che le strutture supportate mostrano volumi di attività consistenti (ad esempio l'Hôpital Général Adolphe Sicé ha registrato oltre 25.000 consultazioni esterne e più di 3.500 interventi chirurgici nel 2025, con un tasso di occupazione dei letti in crescita dal 59% al 67%) ma questi dati riflettono l'attività ordinaria delle strutture e non permettono di isolare un effetto specifico di riduzione della migrazione sanitaria.

La revisione a medio termine delle attività ospedaliere del Congo ha peraltro identificato una serie di **criticità** che permangono nonostante l'intervento italiano e che continuano a incidere sulla necessità di rivolgersi a strutture estere: tra queste, le carenze infrastrutturali, i limiti nella formazione del personale medico e la scarsa disponibilità di farmaci. Sul piano della qualità e sicurezza delle cure, la revisione raccomanda di sviluppare protocolli standardizzati per la prevenzione delle infezioni nosocomiali, di rendere operativi i centri di trasfusione sanguigna in tutti gli ospedali di riferimento e di istituire programmi di prevenzione e controllo delle infezioni, segnalando che il livello di sicurezza clinica delle strutture locali resta un fattore che scoraggia la fiducia dei pazienti più abbienti e li spinge a cercare cure all'estero. Sul piano delle infrastrutture, si raccomanda di dare priorità alla **manutenzione preventiva delle attrezzature critiche e di stabilire un piano di investimenti per modernizzare sale operatorie e laboratori**, mentre sul piano della gestione dei pazienti si segnala la necessità di rafforzare il sistema di riferimento e contro-riferimento e di condurre indagini di soddisfazione per adeguare i servizi alle esigenze reali della popolazione.

Diverse raccomandazioni emerse dalla revisione a medio termine sono direttamente funzionali a ridurre il ricorso a strutture estere o a operatori occasionali: sviluppare piani di comunicazione per sensibilizzare la popolazione sui servizi effettivamente disponibili, integrare le priorità nazionali legate al progetto di accelerazione promosso dal Capo dello Stato, e sostenere l'accelerazione dell'implementazione della Caisse d'Assurance Maladie Universelle (CAMU) nelle strutture sanitarie pubbliche e private, che incide sulla sostenibilità economica dell'accesso alle cure locali rispetto all'opzione dell'evacuazione all'estero. Sul fronte delle risorse umane, la revisione raccomanda di sviluppare un programma di mentoring istituzionale tra ospedali e piani di formazione continua mirati alla leadership, elementi che nel tempo potrebbero rafforzare la capacità clinica locale e ridurre la necessità di ricorrere a équipe specialistiche straniere che operano solo occasionalmente nel paese. Nel complesso, **l'intervento italiano agisce su una delle determinanti della migrazione sanitaria** (la disponibilità di tecnologie diagnostiche e di sale operatorie funzionanti), ma non affronta direttamente altre determinanti rilevanti, quali la percezione di sicurezza clinica, la fiducia nel sistema sanitario locale, la comunicazione verso la popolazione e le fasce sociali che scelgono l'estero per motivi non strettamente legati alla disponibilità tecnica.

D.9.2 Sono stati registrati effetti di spillover su strutture non direttamente beneficiarie?

Le testimonianze raccolte durante le interviste indicano che, allo stato attuale, non si sono verificati effetti di spillover significativi verso strutture sanitarie non direttamente beneficiarie: l'intervento resta **contenuto entro il perimetro delle nove strutture selezionate**, senza un meccanismo che ne estenda gli effetti al resto del sistema sanitario congolese. In realtà la scelta di definire una tale concentrazione a livello contrattuale ricalca gli accordi presi in sede di DSP, ed appare condivisibile in termini di efficienza, come già ricordato. D'altra parte alcune **iniziative complementari** avrebbero potuto consentire delle ricadute positive a livello più generale sul sistema sanitario congolese. In particolare, una adeguata **diffusione delle informazioni** sulle nuove tecnologie rese disponibili dal progetto potrebbe alleggerire la pressione su altre strutture, orientando i pazienti verso le strutture

riabilitate, maggiormente in grado di assorbire i flussi. Inoltre, riguardo alle attività di manutenzione, l'attività del progetto potrebbe essere integrata con il sistema di formazione e manutenzione del Ministero della Salute che, come ricordato nella testimonianza del Direttore degli equipaggiamenti, è alle prese con cospicui limiti di risorse umane e finanziarie. Il progetto italiano opera esclusivamente all'interno della singola struttura, pur in collaborazione con tecnici locali, ma **senza indicazioni di interventi o scambi di competenze verso altri ospedali** della rete sanitaria congolese.

Nel corso dell'intervista presso l'ospedale di Talangaï, alla domanda se si pensasse di "continuare su quest'area o piuttosto ampliare il supporto ad altri servizi che ne hanno bisogno", è stato risposto con una preferenza sull'estensione interna ad altri reparti dello stesso ospedale piuttosto che su un'estensione verso altre strutture sanitarie esterne, confermando che anche nella visione degli operatori locali lo spillover, laddove immaginato, riguarda l'ampliamento interno ai servizi del proprio ospedale e non una diffusione verso ulteriori strutture.

Un'ultima indicazione raccolta durante la missione di valutazione riguarda la presenza di **attrezzature acquistate da altri donatori internazionali**, che restano spesso inutilizzate, in quanto non istallate o manutenute. Questo costituisce un ulteriore potenziale di spillover verso altre strutture, che rimane a oggi inespresso e che potrebbe incrementare l'efficacia dell'intervento italiano in termini di ricadute concrete sul sistema.

D.10. In che misura il programma ha contribuito a ridurre le disparità nell'accesso ai servizi sanitari, con attenzione al genere, ai minori e alle popolazioni nelle aree meno servite?

- La distribuzione geografica delle nove strutture rispecchia la concentrazione di risorse sanitarie nei principali centri urbani del Congo, con una sola apertura verso due dipartimenti supplementari (Niari e Cuvette), e non introduce un correttivo agli squilibri territoriali segnalati sia dai documenti strategici nazionali (PNDS) sia dalla strategia OMS di rivitalizzazione dei distretti sanitari; le testimonianze raccolte sul campo confermano che le **popolazioni delle aree periferiche e dei centri di salute di primo livello restano di fatto escluse dai benefici** diretti dell'intervento.
- Il programma ha registrato **miglioramenti specifici nella disponibilità di servizi e tecnologie rilevanti per ostetricia, neonatologia e pediatria**, in particolare nelle strutture dove sono stati avviati o potenziati reparti di neonatologia, rianimazione e assistenza materno-infantile. Tuttavia, l'eterogeneità e l'incompletezza dei dati statistici, il periodo di osservazione molto breve e la persistenza di carenze cliniche, formative e infrastrutturali non consentono di attribuire al programma una riduzione misurabile della mortalità materna e neonatale. Il suo contributo va pertanto interpretato, in questa fase, come rafforzamento delle precondizioni tecniche e organizzative necessarie per conseguire nel medio periodo migliori esiti di salute materno-infantile.

D. 10.1 La distribuzione geografica delle 9 strutture ha garantito un accesso equo alle popolazioni delle regioni interne?

Il documento di progetto segnalava che il personale sanitario del Paese è concentrato per il 62,7% a Brazzaville e Pointe-Noire, e che il 77,7% dei medici opera in queste due città, a fronte di una densità di personale sanitario nazionale largamente inferiore allo standard OMS di 4,4 per mille abitanti. Delle nove strutture supportate, quattro si trovano a Brazzaville (Centre National de Transfusion Sanguine, Hôpital de Référence de Talangaï, Hôpital de Référence de Makélékélé, Hôpital Spécialisé Mère-Enfant Blanche Gomes), due a Pointe-Noire (Hôpital Général Adolphe Sicé,

Hôpital Général de Loandjili), una nel distretto del Niari (Hôpital Général de Dolisie) e due nel dipartimento della Cuvette (Hôpital Général Edith Lucie Bongo Ondimba d'Oyo, Hôpital Général 31 Juillet d'Owando). La distribuzione geografica delle nove strutture supportate dall'intervento italiano non garantisce un accesso equo alle popolazioni delle regioni interne del Congo, poiché riproduce ed anzi **rafforza la concentrazione storica delle risorse sanitarie nei due principali poli urbani** del Paese, lasciando scoperta la gran parte del territorio nazionale.

Il documento di progetto inoltre richiamava la **strategia dell'OMS legata al 13° Programma Generale** di Lavoro, imperniata sulla rivitalizzazione dei distretti sanitari e sulla promozione dell'assistenza primaria: dal 2020 questa iniziativa ha permesso di migliorare l'accesso a cure di qualità per circa 700.000 persone, pari al 13% della popolazione generale, e limitatamente a 12 dei 52 distretti sanitari del Paese. Questo dato conferma che anche a livello di strategia nazionale la copertura sanitaria equa resta un obiettivo ancora distante su scala nazionale, e l'intervento italiano, concentrandosi su strutture di riferimento situate prevalentemente nei due maggiori centri urbani e in due soli dipartimenti supplementari, non contribuisce in modo significativo ad ampliare questa base distrettuale, restando complementare al meccanismo di rivitalizzazione dei distretti sanitari periferici promosso dall'OMS e dal PNDS 2023-2026 nel suo asse strategico n.3.

Le interviste condotte a Pointe-Noire con i responsabili sanitari dipartimentali hanno offerto un riscontro diretto di questo squilibrio: il direttore del dipartimento sanitario di Pointe-Noire, responsabile di 36 centri di salute di primo livello che coprono un bacino di 1,5 milioni di persone, ha riferito di non essere stato coinvolto nella selezione degli equipaggiamenti previsti dal progetto italiano, dal momento che “il progetto italiano lavora con gli ospedali generali" mentre i centri di salute di primo livello, di sua competenza, sono rimasti esclusi dall'intervento. Lo stesso responsabile ha sottolineato come la mancanza di manutenzione preventiva e di continuità elettrica e idrica colpisca in modo particolarmente severo le strutture periferiche di primo livello, non coperte dal progetto, e ha esplicitamente richiesto al governo italiano di formare équipe di manutenzione preventiva estese anche a questo livello di assistenza, segnalando un bisogno che l'attuale disegno dell'intervento non affronta.

È pur vero che l’intervento italiano era stato concepito come un **intervento pilota**, quindi la sua ricaduta complessiva era fin dall’inizio da ritenere limitata. Il valore di test dell’iniziativa doveva però prevedere una serie di azioni collaterali, sia informative che formative, in grado di amplificarne la portata, mentre in questa fase non è stato attivato alcun sistema che colleghi le popolazioni delle aree più periferiche, incluse quelle interne, alle strutture di riferimento supportate dal progetto.

D.10.2 I servizi di ostetricia, neonatologia e pediatria hanno registrato miglioramenti specifici?

La valutazione ha potuto verificare che il programma ha prodotto miglioramenti specifici e visibili nei **servizi materno-infantili** laddove tali reparti sono stati inclusi tra le priorità dell’intervento. Tali miglioramenti riguardano soprattutto la disponibilità e la funzionalità di attrezzature essenziali, il ripristino o l’allestimento di alcune unità cliniche e, in alcuni casi, il rafforzamento delle capacità di presa in carico dei neonati e delle emergenze ostetriche. Non è tuttavia possibile concludere, sulla base dei dati attualmente disponibili, che l’intervento abbia già determinato una riduzione misurabile e attribuibile della mortalità materna e neonatale.

Gli interventi hanno riguardato in modo diretto alcune strutture con una vocazione rilevante per la salute materna, neonatale e pediatrica. Presso l’Hôpital de Référence de Makélékélé, l’unità di neonatologia, precedentemente assente, risulta ora operativa; parallelamente, il reparto di rianimazione è stato riequipaggiato. Secondo le osservazioni raccolte nel corso della missione, tali reparti rappresentavano priorità esplicite per la struttura. Permane però una criticità decisiva: la **fornitura dell’ossigeno** al reparto dipende da interventi di competenza congolese che non risultavano ancora completati al momento della visita.

Presso l'Hôpital Spécialisé Mère-Enfant Blanche Gomes, l'intervento ha interessato reparti strettamente connessi al percorso materno-infantile, inclusi neonatologia, pediatria, ginecologia d'urgenza, oltre a oftalmologia e stomatologia. Il rapporto intermedio di audit ha documentato, per l'unità di neonatologia della struttura, la consegna e l'installazione di apparecchiature essenziali quali un dispositivo per fototerapia pediatrica, incubatrici, incubatore per il trasporto, monitor multiparametrici, sistema centralizzato di monitoraggio, ecografo mobile, bilance di precisione, letti per terapia intensiva o rianimazione, defibrillatori e aspiratori chirurgici. Tali dotazioni costituiscono un miglioramento concreto della capacità potenziale di assistenza ai neonati fragili, prematuri o con condizioni che richiedono monitoraggio e stabilizzazione.

Le testimonianze relative all'Hôpital de Talangaï indicano che la riabilitazione e il potenziamento delle aree di rianimazione hanno creato condizioni potenzialmente rilevanti anche per la presa in carico di emergenze ostetriche e pediatriche. Il personale ospedaliero ha riferito che il sostegno alla riparazione delle apparecchiature, comprese le piastre riscaldanti, ha avuto un effetto positivo sulla presa in carico dei neonati e ha contribuito, secondo la percezione degli operatori, a ridurre la mortalità neonatale. Questa evidenza rappresenta un segnale qualitativo importante, ma non può essere considerata una prova quantitativa di impatto, poiché non è accompagnata da dati standardizzati sulla casistica trattata, sui nati vivi, sulla gravità clinica dei casi e sui decessi evitati.

Anche presso l'Hôpital Général de Loandjili sono stati riabilitati il reparto di rianimazione, con quattro camere e una sala di cura, e sono iniziate attività formative per il personale successive all'installazione delle attrezzature. La struttura ha espresso soddisfazione per la funzionalità dei servizi riabilitati e ha rilevato un aumento della frequentazione dei reparti. Tuttavia, gli interlocutori hanno sottolineato che la formazione iniziale non può sostituire un percorso continuo e che ulteriori priorità riguardano la radiologia e la diagnostica, elementi che possono risultare determinanti anche nella gestione di complicanze materne e neonatali.

Tabella 7: Dati su mortalità materna e neonatale, 2024-2026 (I trim)

	Decessi Neonatali			Morti materne		
Strutture	**2024**	**2025**	**TI 2026**	**2024**	**2025**	**TI 2026**
CNTS (Centro Trasfusioni)						
HSME B. Gomes	206	79		6	9	
HG A. Sicè	208	379		21	18	24
HG de Loandjili	55	29	12	2	3	0
HG Dolisie	116	113	10	15	8	0
HG E. L. Bongo	45	32		2	5	
HG 31 Juillet	17	16	3	2	4	0
HB Talangaï	21‰	13‰	115	284‰	24	14
HB Makélékélé			0			0

Fonte: Direction de l'information sanitaire et de la recherche du Ministère de la Santé du Congo - DISER

I dati messi a disposizione dalla DISER dal 2024 al primo trimestre 2026 mostrano andamenti differenziati tra le strutture. In alcuni ospedali si osservano riduzioni dei decessi neonatali tra il 2024 e il 2025. Al tempo stesso, l'Hôpital Général Adolphe Sicé registra un aumento dei decessi neonatali, da 208 nel 2024 a 379 nel 2025, mentre presso Talangaï i dati sono espressi in forma percentuale e non consentono un confronto affidabile con i valori assoluti delle altre strutture. Per quanto riguarda la mortalità materna, i dati disponibili mostrano a loro volta variazioni non uniformi: si registrano diminuzioni tra 2024 e 2025 a Adolphe Sicé e Dolisie, mentre aumenti emergono in altre strutture, fra cui Blanche Gomes, Edith Lucie Bongo e 31 Juillet.

Questi dati non consentono, tuttavia, di stabilire una relazione causale con il programma. Innanzitutto, la serie 2026 comprende solo il primo trimestre e non può quindi essere comparata con

annualità complete. In secondo luogo, le informazioni non sono omogenee: alcuni valori sono riportati in numeri assoluti, altri in percentuale, senza che siano disponibili denominatori comuni (numero di nati vivi, ricoveri neonatali, parti assistiti, gravità delle complicanze o trasferimenti in entrata) necessari per costruire tassi comparabili. Infine, una variazione nel numero assoluto dei decessi può riflettere anche un aumento della capacità di attrarre e trattare casi più complessi, e non necessariamente un peggioramento o un miglioramento della qualità dell'assistenza.

La **prudenza interpretativa** è particolarmente necessaria considerando che il quadro logico del programma collocava la riduzione della mortalità materna e infantile/neonatale a livello di obiettivo generale, con orizzonte al 2030. Il target nazionale di riferimento prevede il passaggio da 436 decessi materni ogni 100.000 nati vivi nel 2018 a 300 entro il 2030, e da 52 decessi infantili e neonatali ogni 1.000 nati vivi nel 2018 a 20 entro il 2030. Si tratta pertanto di **cambiamenti di sistema e di lungo periodo**, influenzati da molteplici fattori che eccedono la sola disponibilità di apparecchiature biomedicali.

In merito alla **formazione specifica** svolta, le interviste hanno inoltre evidenziato che le attività realizzate presso Blanche Gomes sono state circoscritte a sessioni di quattro-cinque giorni e che non è stata attivata una formazione continua. La formazione prevista dal programma si è concentrata prevalentemente sull'uso e sulla manutenzione delle apparecchiature, senza una componente strutturata di **aggiornamento clinico** relativa alla diagnosi, alla gestione delle complicanze ostetriche e neonatali o alla presa in carico pediatrica. Questa limitazione è rilevante: il miglioramento degli esiti materni e neonatali richiede infatti che le **nuove tecnologie siano accompagnate da competenze cliniche aggiornate**, protocolli assistenziali, triage efficace, capacità di diagnosi precoce e lavoro multidisciplinare.

Permangono inoltre **fattori abilitanti non pienamente assicurati**. Le interviste presso gli ospedali hanno richiamato ripetutamente la discontinuità dell'energia elettrica, le difficoltà di accesso ai pezzi di ricambio e ai materiali di consumo e, in alcune strutture, l'incompletezza dei collegamenti per l'ossigeno. Nel caso di Makélékélé, la mancata disponibilità dell'ossigeno limita il pieno utilizzo del reparto di neonatologia e della rianimazione; presso Adolphe Sicé, il collegamento tra rianimazione e blocco chirurgico resta problematico, poiché i due reparti sono su piani diversi e non sono collegati da ascensore. Pur non essendo questi elementi di stretta competenza del progetto in questa fase, si tratta comunque di vincoli particolarmente critici per apprezzare benefici nella assistenza alle emergenze ostetriche, ai neonati con distress respiratorio e ai bambini che richiedono cure intensive o trasferimenti rapidi.

4.6. Sostenibilità

D.11. Sussistono le condizioni finanziarie e istituzionali per garantire la continuità dei benefici del programma dopo la conclusione del finanziamento italiano?

- Le **condizioni finanziarie** per garantire la continuità dei benefici appaiono, allo stato attuale, piuttosto limitate: nel bilancio congolese 2026 la sola linea nazionale riconducibile alla manutenzione di equipaggiamenti ammonta a 50 milioni di FCFA, circa 76.000 euro, un importo non proporzionato alla gestione di oltre 5.000 apparecchiature biomedicali. La sostenibilità è inoltre condizionata dal quadro generale di finanziamento degli ospedali: le spese per il personale assorbono tra il 51% e l'84% dei bilanci delle strutture, riducendo significativamente i margini disponibili per manutenzione preventiva, ricambi e rinnovo delle tecnologie.
- Sul **piano istituzionale**, questa fase del programma è stata finanziata integralmente attraverso le componenti italiana a credito e a dono, senza un cofinanziamento nazionale

dedicato e quantificabile. Ciò non contrasta con il quadro normativo della DSP, ma lascia aperta la definizione delle responsabilità finanziarie post-progetto.

D.11.1 Il governo congolese ha allocato fondi propri per la manutenzione delle attrezzature nel bilancio 2026-2027?

In base al bilancio dello Stato congolese per l'esercizio 2026, che il team di valutazione ha potuto visionare, il **governo congolese non ha allocato una linea di bilancio propria e specificamente dedicata alla manutenzione delle attrezzature del progetto**; gli unici fondi identificabili per la manutenzione di equipaggiamenti restano generici, di importo marginale e non riconducibili al progetto italiano. Alla voce "Equipement hospitalier", il bilancio 2026 riporta una riga esplicita denominata "APPUI AU PROJET ALTHEA EMPRUNT AIEA" per un importo di 1.000.000.000 FCFA (circa 1,5 milioni di euro), ma la fonte di finanziamento indicata è codificata "3250 ITALIE", cioè si tratta di fondi italiani transitati nel bilancio statale. Non esiste quindi, per il 2026, un impegno di fondi nazionali dedicato al progetto in quanto tale. L'unica voce interamente finanziata con risorse proprie, riconducibile alla manutenzione di attrezzature biomedicali è la riga "ACQUISITION ET MAINTENANCE DES EQUIPEMENTS GOUVERNEMENT", che passa da 40.000.000 FCFA nel 2025 a 50.000.000 FCFA nel 2026 (circa 76.000 euro), un **incremento marginale e un importo del tutto insufficiente** rispetto alla portata del parco di oltre 5.000 attrezzature biomedicali gestite dal progetto.

Nel luglio 2026, durante l'esecuzione della missione di valutazione, si è svolto a Brazzaville un importante incontro per la verifica a metà percorso delle attività degli ospedali congolesi nel quadro del processo di riforma del settore sanitario, a cura del Ministero della Salute e della Popolazione. Il relativo rapporto già citato conferma un problema strutturale rispetto al finanziamento della manutenzione: si segnala una obsolescenza e insufficiente funzionalità delle risorse tecnologiche tra le principali debolezze del sistema, e le raccomandazioni al Ministero invitano a "assicurare il finanziamento della Centrale d'achat des médicaments essentiels" e a "regolarizzare le erogazioni delle sovvenzioni di funzionamento agli ospedali", il cui basso tasso costituisce "la prima criticità dichiarata dagli operatori". Le spese per il personale assorbono infatti tra il 51% e l'84% dei bilanci ospedalieri a seconda della tipologia di struttura, lasciando margini quasi nulli per manutenzione e investimenti tecnici. Il **sottofinanziamento cronico della manutenzione** è dunque una delle principali debolezze strutturali del sistema sanitario congolese, apparentemente non mitigata dalle risorse messe a disposizione dall'intervento italiano, le quali non hanno generato addizionalità significative.

Le fonti intervistate presso il Servizio Equipaggiamenti del Ministero della Salute hanno confermato che "il Ministero ha un budget per il rinnovamento delle attrezzature, che è fortemente insufficiente rispetto ai bisogni", con investimenti programmati che "spesso non vengono realizzati" a causa di "lentezze burocratiche circa la effettiva disponibilità dei fondi". Nella medesima intervista è stato affermato che l'intervento finanziato dalla cooperazione italiana è intervenuto su pochi ospedali centrali, "con una ricaduta sull'intero sistema estremamente limitata". Questa affermazione spiega perché il progetto non abbia generato conseguenze strutturali sul bilancio nazionale 2026 del settore: trattandosi di un intervento circoscritto a nove strutture e gestito con una linea di finanziamento dedicata e separata, esso **non ha innescato né la necessità né l'occasione per una revisione della politica di allocazione delle risorse proprie** per la manutenzione a livello di sistema sanitario nazionale. Il coinvolgimento diretto delle strutture tecniche responsabili degli equipaggiamenti e della manutenzione nel settore sanitario avrebbe dovuto essere maggiore: in mancanza di questo è coerente che il progetto non abbia prodotto alcuna revisione delle prassi di programmazione finanziaria interna al Ministero, restando un'iniziativa gestita "dall'esterno" rispetto alla filiera ordinaria di bilancio.

D.11.2 Il modello di finanziamento previsto dalla DSP è stato effettivamente attivato?

Il testo normativo del Decreto che istituisce e norma la DSP nella Repubblica del Congo non impone un contributo finanziario diretto dell'autorità delegante nell'esecuzione degli interventi; prevede piuttosto elementi di garanzia a carico del delegatario, come cauzioni bancarie o garanzie a prima richiesta (art. 107) e garanzie di rimborso in caso di anticipi superiori al 5% dell'importo del contratto (art. 108). L'unico riferimento a un possibile finanziamento da parte pubblica riguarda il caso in cui "il committente delegato è una persona giuridica di diritto privato", ipotesi in cui il decreto prevede "le condizioni alle quali il committente anticiperà i fondi necessari... o rimborserà le spese sostenute".

Le evidenze documentali del progetto indicano in effetti che i fondi effettivamente movimentati risultano essere interamente di provenienza italiana (credito + dono), **senza alcuna contropartita finanziaria propria del governo congolese nel periodo di attuazione**, né in termini di contributo diretto, né in termini di accrescimento delle dotazioni di bilancio. Il rapporto di audit attesta con precisione i movimenti bancari afferenti al progetto: il *contractor* privato ha ricevuto inizialmente due tranche per un totale di 30 milioni di euro, corrispondenti esattamente ai due trasferimenti ricevuti dallo Stato congolese da parte italiana (20 milioni di euro da Cassa Depositi e Prestiti il 16 giugno 2025 e 10 milioni di euro da AICS il 22 agosto 2025). I fondi sono transitati su due conti dedicati a nome del Ministero delle Finanze e del Bilancio presso il Tesoro Congolese, alimentati unicamente dalle due componenti del finanziamento italiano, senza menzione di alcun apporto aggiuntivo da parte congolese. L'audit ha certificato quindi la tracciabilità del solo flusso italiano, senza l'attivazione di un meccanismo BSS con relativa fungibilità e/o presenza di co-finanziamento bilaterale.

Al riguardo il responsabile per i partenariati pubblico-privati del MCIPPPP ha confermato che l'apporto del governo nazionale è essere considerato un apporto continuativo, non legato a un progetto specifico; si tratta cioè un sostegno generico al sistema sanitario e non un co-finanziamento dedicato e quantificabile per un singolo progetto. Nel complesso, le testimonianze dei funzionari congolesi indicano che l'eventuale contropartita statale rimane indefinita, non contabilizzata nel periodo di riferimento e comunque strutturalmente vincolata dai limiti finanziari del budget sanitario nazionale. In assenza di un obbligo normativo esplicito di destinazione dei fondi nazionali collegati allo strumento BS, l'intera componente finanziaria osservata nella gestione del progetto è risultata di provenienza italiana, senza che ciò costituisca una violazione del quadro legale del 2009, ma piuttosto una scelta implementativa che ha lasciato indefinita la **questione della sostenibilità finanziaria post-progetto**.

D.12. In che misura i risultati della Fase I forniscono una base di evidenza affidabile e scalabile per il finanziamento e la progettazione della Fase II?

- La Fase I ha fornito una base di evidenza solida rispetto alla capacità del modello DSP di realizzare rapidamente forniture, installazioni e servizi di manutenzione in un numero circoscritto di strutture, grazie alla presenza di un operatore unico già consolidato nel Paese. Tale evidenza è tuttavia riferita a nove ospedali centrali e a una fase ancora iniziale, per cui non consente di assumere automaticamente che gli stessi livelli di performance possano essere riprodotti su scala più ampia.
- La **scalabilità del modello** risulta condizionata da fattori già emersi nella Fase I: assenza di cofinanziamento nazionale dedicato, dipendenza tecnica dall'operatore privato, limitato coinvolgimento iniziale del Ministero della Salute e permanenza di criticità infrastrutturali, in particolare legate a energia, ossigeno e materiali di consumo. Inoltre, il contratto di *global*

service in essere è limitato ai nove ospedali per cinque anni e prevede la possibilità di sospensione in caso di indisponibilità di fondi.

- La Fase I ha inoltre evidenziato che alcuni **rischi previsti nel disegno iniziale** (inadeguata capacità di ricezione delle strutture, sostenibilità finanziaria e condizioni infrastrutturali complementari alle apparecchiature) rimangono rilevanti per la prosecuzione dell'iniziativa, mentre i rischi di instabilità politico-sociale e di interruzione delle forniture non si sono manifestati in modo significativo.

D.12.1 Il modello DSP può essere replicato a scala maggiore mantenendo i livelli di performance registrati nella Fase I?

Le evidenze raccolte consentono un giudizio articolato al quesito valutativo: la Fase I ha registrato performance tecniche solide e ampiamente documentate, ma diversi elementi strutturali segnalano rischi concreti per la replicabilità del modello DSP su scala maggiore, in assenza di correttivi significativi. I risultati positivi nella esecuzione delle attività sono stati ottenuti su una base ristretta di nove strutture e mediante il ricorso ad un fornitore unico consolidato, condizioni che sono da verificare attentamente in caso di espansione. Il documento di progetto originario prevedeva la possibilità di "replicare facilmente" il modello in altre strutture sanitarie "alla luce di questa prima esperienza... a seguito delle valutazioni e degli aggiustamenti del caso", condizionando quindi esplicitamente la replicabilità a correzioni e verifiche. Le citate interviste hanno segnalato che, finché l'intervento "agisce su pochi ospedali centrali, la ricaduta sull'intero sistema continua ad essere estremamente limitata", e che il budget ministeriale per il rinnovamento delle attrezzature resta "chiaramente insufficiente rispetto ai bisogni" senza una effettiva addizionalità delle risorse, situazione che si aggraverebbe con un'estensione del perimetro.

D'altra parte l'operatore Althea EM ha già un contratto di **global service** quinquennale limitato ai 9 ospedali attuali "in base a una scelta del governo", senza possibilità di estensione ad altri siti durante la durata dell'accordo, e con la clausola che in mancanza di fondi il contratto possa essere sospeso. Questo significa che uno *scaling-up* che andasse nella direzione delle necessarie modifiche richiederebbe una integrale rinegoziazione contrattuale, non una semplice estensione del modello esistente. Alcuni intervistati hanno proposto per la fase successiva un'espansione incrementale piuttosto che una scala radicalmente maggiore, con un rapporto "70% continuazione degli stessi servizi già erogati e 30% apertura verso nuovi servizi o nuovi ospedali". Di seguito uno schema con i principali fattori di criticità riguardo ad una evoluzione del progetto su scala maggiore, in base alle evidenze valutative.

Tabella 8: Fattori di criticità dello *scaling-up*

Fattore	Evidenza	Implicazione per lo scaling-up
Co-finanziamento nazionale	Non attivato in Fase I, fondi 100% italiani	Un'espansione richiederebbe risorse aggiuntive difficilmente reperibili
Trasferimento di competenze	Tecnici locali in affiancamento ma dipendenti dell'operatore privato	Rischio di riprodurre dipendenza dall'operatore su scala più ampia
Coordinamento istituzionale	Ministero della Salute escluso dalla negoziazione iniziale	Debolezza di governance che si aggraverebbe con più strutture coinvolte
Infrastrutture di base (energia, ossigeno)	Criticità ancora irrisolte in più ospedali della Fase I	Precondizioni non garantite per nuovi siti

Fonte: Elaborazione Team di Valutazione

D.12.2 Esistono dei rischi sistemici rilevati nel disegno della prima fase che possono pregiudicare il proseguimento della iniziativa?

Il documento di progetto originario aveva identificato in modo strutturato una serie di rischi contestuali e programmatici; l'esperienza della fase di attuazione mostra che alcuni di questi rischi, pur previsti, meritano tuttora un rafforzamento delle misure di mitigazione in vista di un'eventuale seconda fase. La Scheda di Valutazione classificava con attenzione quattro principali fattori di rischio:

- il **rischio contestuale**, legato a un possibile peggioramento della situazione politica e sociale, era valutato a probabilità bassa ma impatto potenzialmente alto, con un sistema di monitoraggio affidato all'Ambasciata italiana e la previsione di clausole di forza maggiore;
- il **rischio programmatico** relativo a risorse finanziarie nazionali inadeguate per la gestione dei servizi sanitari integrati era classificato a probabilità media e impatto alto, con la mitigazione prevista attraverso la razionalizzazione dei fondi nazionali e degli investimenti esteri diretti;
- il **rischio di interruzione nella fornitura** di materiali e macchinari ospedalieri era considerato a bassa probabilità ma alto impatto, da gestire tramite un'attenta selezione dei fornitori in fase di procurement;
- infine, il **rischio di un'inadeguata capacità di ricezione** delle strutture sanitarie target era anch'esso classificato a bassa probabilità, nonostante fosse stato individuato sulla base di un'analisi dei bisogni condotta con la controparte locale.

Sul fronte della **capacità di ricezione** delle strutture, le interviste condotte durante la missione di valutazione hanno mostrato che il coinvolgimento tecnico degli operatori dipartimentali e ospedalieri nella fase di pianificazione può essere ulteriormente rafforzato, per assicurare che le forniture siano pienamente allineate alle condizioni concrete di ciascuna struttura. È un'area in cui il progetto ha già margini di miglioramento identificabili con precisione, il che rappresenta un punto di partenza per i correttivi da introdurre.

Sul fronte delle **risorse finanziarie e della sostenibilità gestionale**, permangono alcune sfide infrastrutturali complementari agli investimenti in apparecchiature, come la distribuzione dell'energia elettrica e l'approvvigionamento di materiali di consumo; va peraltro riconosciuto che l'azienda responsabile dell'attuazione ha fornito un supporto che in alcuni casi ha superato gli obblighi contrattuali previsti, segno di un impegno operativo positivo. Anche il meccanismo di condizionalità legato all'erogazione delle rate BSS, focalizzato in questa fase sulla verifica della spesa, dovrebbe evolvere verso un ancoraggio più diretto ai risultati, un'evoluzione naturale per programmi di sostegno al bilancio che maturano nel tempo e che rafforzerebbe ulteriormente la solidità del meccanismo scelto.

Il rischio contestuale relativo alla stabilità politico-sociale, così come quello dell'interruzione delle forniture, non risultano invece essersi manifestati in modo significativo, a conferma dell'adeguatezza delle relative valutazioni di probabilità nel disegno originario.

Le evidenze raccolte offrono indicazioni costruttive per orientare un eventuale disegno della fase II. È possibile consolidare, per ciascuno dei tre pilastri dell'intervento (fornitura, formazione e manutenzione), una **strategia di sostenibilità integrata**, che tenga conto sia degli aspetti infrastrutturali, sia della disponibilità dei materiali di consumo e della formazione continuativa del personale locale. Appare necessario bilanciare gli investimenti in apparecchiature biomediche con un **potenziamento del sistema nel suo complesso**, anche valorizzando le sinergie con gli altri operatori locali del settore come leva complementare di sostenibilità.

5. CONCLUSIONI, LEZIONI APPRESE E RACCOMANDAZIONI

5.1. Conclusioni

Rilevanza

1. L'intervento ha affrontato bisogni prioritari e strutturali del sistema ospedaliero congolese, combinando disponibilità tecnologica, manutenzione e formazione in una logica potenzialmente più efficace rispetto alla sola fornitura di apparecchiature. La pertinenza dell'impostazione generale è tuttavia stata ridotta dalla limitata partecipazione delle direzioni ospedaliere e delle strutture tecniche locali nella definizione delle priorità specifiche, con conseguenti disallineamenti tra alcune forniture e le condizioni effettive di utilizzo nei reparti.
2. La scelta di concentrare l'intervento in nove ospedali ha consentito di focalizzare le risorse su strutture di riferimento, ma ha privilegiato i principali poli urbani e non ha integrato adeguatamente criteri di equità territoriale, accessibilità delle popolazioni periferiche e salute materno-infantile. Il contributo ai soggetti più svantaggiati va quindi interpretato principalmente come indiretto e potenziale, piuttosto che come il risultato di una progettazione esplicitamente centrata sulle vulnerabilità.

Coerenza

3. Il progetto è coerente con le priorità del PNDS relative al rafforzamento degli ospedali generali, al miglioramento del parco tecnologico e allo sviluppo della manutenzione biomedicale. Esso risulta inoltre complementare alla strategia OMS di rivitalizzazione dei distretti sanitari, ma tale complementarità è rimasta prevalentemente programmatica: non sono stati costruiti strumenti operativi di raccordo tra cure primarie, ospedali distrettuali e strutture ospedaliere di riferimento.
4. Il ricorso alla DSP ha favorito la mobilitazione di capacità tecniche e logistiche specialistiche, ma la sua sovrapposizione con un finanziamento definito come Budget Support Settoriale ha generato ambiguità di governance. La concentrazione delle decisioni presso il Ministero della Cooperazione, il coinvolgimento diseguale del Ministero della Salute e del Ministero delle Finanze, nonché il limitato coordinamento con OMS, Banca Mondiale, UNFPA, tra gli altri, e direzioni tecniche nazionali, hanno indebolito la coerenza istituzionale dell'iniziativa e ridotto le opportunità di sinergia.

Efficacia

5. La prima fase ha ottenuto risultati operativi rilevanti: le apparecchiature previste sono state in larga misura installate e inventariate, sono stati attivati laboratori tecnici, call center e un sistema di gestione delle apparecchiature, mentre le strutture beneficiarie dispongono ora di migliori condizioni potenziali nei servizi diagnostici, chirurgici, di urgenza e, in alcune sedi, materno-infantili. La piena traduzione delle forniture in servizi clinici resta tuttavia condizionata dal completamento di elementi infrastrutturali essenziali, quali reti di ossigeno e altri fluidi medicali, continuità energetica, climatizzazione, radioprotezione e accessibilità interna alle strutture.

6. Il modello di affiancamento sul lavoro ha avviato un trasferimento di competenze nella manutenzione e nell'uso delle tecnologie, ma non vi sono evidenze sufficienti per verificare il conseguimento del target relativo al miglioramento delle competenze del personale. L'assenza di baseline e di test post-formazione, la persistente dipendenza dai tecnici dell'operatore privato e l'assenza di un percorso formalizzato di formazione dei formatori indicano che l'autonomia tecnica locale è ancora in fase iniziale e non costituisce un risultato consolidato.

Efficienza

7. Il modello esecutivo ha permesso di realizzare forniture e installazioni in tempi molto rapidi e di attivare un servizio di manutenzione con capacità di risposta significativa. Le condizionalità finanziarie associate all'erogazione delle tranche hanno sostenuto questa accelerazione, ma hanno orientato il sistema principalmente verso l'assorbimento dei fondi e la conformità contrattuale, senza introdurre incentivi equivalenti sulla qualità clinica, sull'uso effettivo delle apparecchiature, sul rafforzamento delle competenze o sulla sostenibilità del sistema.

8. La gestione finanziaria presenta elementi positivi di tracciabilità e di separazione contabile tra credito d'aiuto e componente a dono; tuttavia, il carattere forfettario della DSP non consente di ricondurre in modo puntuale le risorse alle singole componenti di fornitura, manutenzione e formazione. Il COPIL ha svolto un ruolo di supervisione attivo, ma la mancanza di un quadro unico di indicatori, di baseline e di meccanismi vincolanti di follow-up ha limitato la capacità di utilizzare il monitoraggio per orientare tempestivamente le azioni correttive.

Impatto

9. Il programma ha contribuito ad accrescere la capacità potenziale delle strutture beneficiarie di erogare servizi diagnostici, chirurgici e di emergenza più avanzati. Tuttavia, il tempo trascorso dall'avvio effettivo delle attività è troppo breve per attribuire al progetto effetti misurabili sulla mortalità materna e neonatale, sulla riduzione delle evacuazioni sanitarie o sul ricorso alle cure all'estero; tali esiti dipendono anche da fattori esterni al perimetro dell'intervento, quali disponibilità di farmaci, competenze cliniche, sicurezza delle cure, reti di *referral* e fiducia della popolazione.

10. Le ricadute dell'iniziativa restano finora concentrate nelle nove strutture beneficiarie. Non sono ancora emersi meccanismi strutturati di diffusione verso altri ospedali, verso la rete dei servizi periferici o verso il sistema nazionale di manutenzione; il potenziale di impatto più ampio dipenderà dalla capacità di integrare il modello con il Ministero della Salute, di promuovere scambi tra strutture e di valorizzare anche apparecchiature fornite da altri partner ma ancora non utilizzate o non manutenute.

Sostenibilità

11. La sostenibilità finanziaria del modello appare fragile. Le risorse nazionali disponibili per la manutenzione sono molto limitate rispetto al fabbisogno derivante dalla gestione di oltre 5.000 apparecchiature biomedicali censite e i bilanci ospedalieri sono in larga parte assorbiti dai costi del personale. In assenza di una programmazione pluriennale di cofinanziamento nazionale per manutenzione preventiva, ricambi, materiali di consumo e rinnovo tecnologico, la continuità dei risultati rimarrà dipendente dalla prosecuzione del sostegno esterno.

12. La sostenibilità istituzionale dipenderà dalla trasformazione dell'attuale modello, fortemente imperniato sull'operatore privato, in una capacità stabilmente assunta dalle strutture ospedaliere e dal Ministero della Salute. Tale passaggio richiede anche il trasferimento progressivo di competenze, strumenti, accessi al sistema EASI, dati, procedure e responsabilità manutentive, nonché l'inserimento dei tecnici locali in un dispositivo nazionale di formazione continua e gestione del parco biomedicale.

5.2. Lezioni apprese

1. Progettazione integrata e pertinenza

L'intervento conferma la validità di un modello che combina tecnologie biomedicali, manutenzione e formazione, superando i limiti delle iniziative incentrate esclusivamente sulla fornitura di apparecchiature. Tuttavia, l'effettiva funzionalità degli investimenti dipende dalla presenza di prerequisiti infrastrutturali che devono essere considerati parte integrante del modello e non fattori esterni al suo perimetro.

La concentrazione delle risorse su un numero limitato di obiettivi ha consentito di ottenere risultati visibili e di gestire un investimento tecnologico complesso, ma ha mostrato dei limiti laddove non accompagnata da un'analisi partecipata dei bisogni. La pertinenza dipende quindi non solo dalla coerenza con le priorità nazionali, ma anche dall'allineamento tra dotazioni, capacità esistenti, e priorità locali da una parte, e attenta valutazione dell'inclusione dei soggetti e delle aree più svantaggiati.

2. Governance e coordinamento

L'affidamento dell'attuazione a un operatore specializzato attraverso la DSP ha costituito un fattore di accelerazione della tempistica, rendendo disponibili capacità tecniche, organizzative e logistiche difficilmente mobilizzabili dalle strutture pubbliche nel breve periodo. L'esperienza mostra tuttavia che l'efficacia dell'operatore privato non sostituisce la necessità di una governance pubblica tecnicamente informata, capace di orientare le priorità, seguire l'esecuzione e assumere progressivamente la gestione dei risultati.

La compresenza di Budget Support Settoriale e DSP evidenzia la necessità di una piena coerenza tra la modalità di finanziamento, i meccanismi contrattuali e i dispositivi di supervisione. Nel modello osservato, il BSS ha regolato soprattutto la dimensione finanziaria, mentre la DSP ha governato l'esecuzione concreta; la limitata integrazione tra le due logiche ha generato incertezze rispetto a responsabilità, durata, indicatori e rendicontazione.

3. Capacità e monitoraggio

La rapidità delle forniture e dell'avvio dei servizi di manutenzione costituisce un risultato rilevante del modello applicato, ma non equivale al consolidamento delle capacità locali. Installazione, inventariazione e manutenzione correttiva possono avanzare rapidamente; il trasferimento di competenze, l'uso appropriato delle tecnologie, la manutenzione preventiva e l'assunzione di responsabilità da parte delle strutture richiedono invece tempi più lunghi e una continuità di accompagnamento.

Un monitoraggio centrato su spesa, impegni contrattuali e apparecchiature installate può favorire la rapidità esecutiva, ma non è sufficiente a misurare la qualità e la tenuta dei risultati. Le evidenze mostrano che l'assenza di baseline e di un quadro unico di indicatori ha limitato la possibilità di verificare in modo comparabile la funzionalità effettiva delle tecnologie, l'uso clinico, l'apprendimento del personale e i progressi verso risultati sanitari più ampi.

4. Sostenibilità e impatto sistemico

L'impatto di sistema di una iniziativa richiede condizioni specifiche perché l'esperienza sia trasferibile e applicabile oltre il perimetro contrattuale. Il collegamento funzionale tra le diverse componenti del sistema sanitario deve essere preso in carico nella fase di disegno progettuale, per generare meccanismi strutturati di diffusione verso gli altri ospedali, i servizi territoriali o il sistema nazionale di gestione degli equipaggiamenti.

La sostenibilità istituzionale dipende dal passaggio progressivo da un servizio gestito esternamente a una capacità pubblica stabile. L'esperienza mostra che laboratori, piattaforme digitali, tecnici specializzati e filiere di approvvigionamento possono garantire una risposta efficace nel breve periodo, ma la loro permanenza nel tempo richiede che competenze, accessi, dati, procedure e

responsabilità siano effettivamente incorporati nelle strutture ospedaliere e nelle direzioni tecniche del Ministero della Salute.

5.3. Raccomandazioni

1. Formalizzare il perimetro e la logica della Fase II

La Fase I è stata attuata attraverso documenti che indicano durate, risultati, indicatori e modalità operative non pienamente allineati. La sovrapposizione tra i meccanismi di Budget Support Settoriale e DSP ha inoltre determinato incertezze sulle responsabilità, sul ruolo degli attori pubblici e sull'effettivo orizzonte temporale dell'iniziativa.

Prima dell'avvio della Fase II, le parti dovrebbero adottare un documento unico di programmazione, approvato dal COPIL e vincolante per tutti gli attori, che renda coerenti le modalità di esecuzione (BSS, DSP). Il documento dovrebbe definire in modo univoco: durata della Fase II; strutture e reparti interessati; risultati attesi; attività e budget per ciascuna componente; responsabilità del Governo congolese, dell'operatore privato e della parte italiana; meccanismi di monitoraggio; obblighi di reporting; e condizioni per il passaggio alla fase successiva.

2. Istituire una governance tecnico-istituzionale effettiva

Nella Fase I, le informazioni sono rimaste prevalentemente concentrate presso il MCIPPPP e l'operatore, mentre il coinvolgimento del Ministero della Salute, del Ministero delle Finanze, delle direzioni tecniche e delle strutture ospedaliere è stato discontinuo. Il COPIL ha formulato osservazioni pertinenti, ma senza disporre di una struttura tecnica continuativa in grado di verificarne l'attuazione.

La Fase II dovrebbe prevedere due livelli distinti e complementari di governo:

- un Comitato di Pilotaggio (COPIL) con funzione strategica e decisionale, incaricato di approvare piani annuali, rapporti di avanzamento, eventuali variazioni rilevanti e tranche di finanziamento;
- un Comitato Tecnico di Monitoraggio, coordinato dal Ministero della Salute e composto dalle direzioni Pianificazione, Ospedali ed Equipaggiamenti, dal MCIPPPP, dal Ministero delle Finanze, dai direttori ospedalieri interessati e dall'AICS. Il Comitato Tecnico dovrebbe riunirsi con cadenza almeno trimestrale, disporre di verbali e piani di azione con responsabilità e scadenze, validare le condizioni tecniche per le forniture e riferire formalmente al COPIL.

3. Assicurare l'integrazione con politiche e partner

L'intervento ha mostrato coerenza generale con il PNDS, ma il coordinamento operativo con OMS, Banca Mondiale, UNFPA, UNESCO e altri attori è stato episodico. La mancanza di scambio sistematico ha limitato le sinergie possibili, incluso il recupero di apparecchiature finanziate da altri donatori e non ancora utilizzate.

Entro l'avvio operativo della Fase II, il Ministero della Salute dovrebbe convocare un tavolo tecnico di coordinamento con i principali partner del settore, con il mandato di: mappare le attrezzature e gli investimenti già esistenti; identificare duplicazioni e lacune; concordare la ripartizione degli ambiti di intervento; definire possibili complementarità su formazione, manutenzione, salute materno-infantile e sistemi di riferimento. Il tavolo dovrebbe aggiornare la mappatura almeno una volta l'anno e trasmettere le sue risultanze al COPIL.

4. Costruire un quadro di risultati, indicatori e condizionalità

Il disegno della Fase I è stato caratterizzato da indicatori di risultato disomogenei e baseline non disponibili; le condizionalità per l'erogazione delle risorse hanno privilegiato soglie di spesa e impegni contrattuali, senza prescrivere misurazioni circa la piena funzionalità dei servizi, il trasferimento di capacità e il livello di appropriazione pubblica del modello.

Tra le condizionalità per la prima erogazione finanziaria della Fase II dovrebbe inclusa la presenza di un quadro di monitoraggio comune, comprendente: baseline per ogni struttura e reparto; target annuali; fonti di verifica; frequenza di raccolta; responsabilità di validazione; soglie per l'azione correttiva. Le condizionalità per le successive tranche di finanziamento dovrebbero combinare criteri finanziari con milestone di risultato, includendo almeno: messa in servizio delle apparecchiature; completamento delle infrastrutture abilitanti; disponibilità di ricambi e consumabili; manutenzione preventiva eseguita; funzionalità di EASI; personale formato e valutato; e utilizzo effettivo delle tecnologie nei servizi target.

5. Integrare priorità cliniche, capacità infrastrutturali e forniture tecnologiche

Nella Fase I, la selezione delle apparecchiature e dei reparti destinatari non è stata sempre accompagnata da un'analisi preventiva e condivisa della priorità e capacità delle strutture di utilizzarle pienamente. In particolare, la disponibilità di tecnologie biomedicali non ha sempre coinciso con il completamento di infrastrutture e servizi indispensabili alla loro operatività, quali reti di ossigeno e fluidi medicali, alimentazione elettrica e protezione UPS, acqua, climatizzazione, radioprotezione, accessibilità dei reparti, spazi tecnici, materiali di consumo e ricambi. La distinzione tra forniture e opere di riabilitazione, pur presente nelle attribuzioni di responsabilità, ha pertanto limitato in alcuni casi l'effettiva messa in servizio degli investimenti.

La Fase II dovrebbe essere concepita e programmata come un intervento pienamente integrato, nel quale le forniture biomedicali, la riabilitazione infrastrutturale, la manutenzione, la disponibilità di materiali di consumo e la formazione del personale costituiscano componenti inseparabili di un unico piano per struttura e reparto. Prima dell'approvazione di ciascun investimento, dovrebbe essere elaborato e validato un *Piano di Sviluppo Ospedaliero*, predisposto con la direzione ospedaliera, le direzioni competenti del Ministero della Salute e il Comitato Tecnico di Monitoraggio. Il Piano dovrebbe indicare, per ogni reparto: priorità cliniche; apparecchiature previste; opere di riabilitazione e requisiti tecnici necessari; costi e responsabilità di realizzazione; personale disponibile e fabbisogno formativo; fabbisogni di ricambi e materiali di consumo; calendario di completamento; e criteri per il collaudo e la piena messa in servizio. L'approvazione delle forniture dovrebbe essere subordinata alla verifica documentata della realizzabilità delle opere infrastrutturali e alla definizione di impegni vincolanti, con scadenze e responsabilità chiare.

6. Differenziare le componenti forniture, manutenzione e formazione nei piani operativo e finanziario

La Fase I ha trattato i tre pilastri del programma come componenti integrate, ma il modello di remunerazione forfettaria del DSP e la compressione dei tempi di esecuzione hanno reso difficile identificare risorse, risultati e responsabilità specifiche per ciascuna componente. La manutenzione e la formazione, che richiedono tempi più lunghi, rischiano pertanto di rimanere sottodimensionate rispetto al completamento delle forniture.

Il piano operativo e il budget della Fase II dovrebbero distinguere chiaramente le tre linee di operatività (forniture, manutenzione e capacity building) con obiettivi, attività, risorse, cronoprogrammi e indicatori propri. La componente di manutenzione dovrebbe includere piani preventivi per struttura, livelli minimi di disponibilità dei ricambi, tempi di risposta e registrazione degli interventi; la componente formativa dovrebbe avere durata pluriennale e non essere limitata alla fase di installazione.

7. Consolidare il trasferimento di competenze e l'appropriazione dei sistemi di manutenzione

Nella Fase I, l'affiancamento *on-the-job* non è stato accompagnato da verifiche sistematiche dell'apprendimento o meccanismi di formazione dei formatori. Analogamente l'amministrazione e

l'utilizzo del sistema EASI per il censimento delle apparecchiature e la tracciabilità della manutenzione risultano ancora fortemente concentrati presso l'operatore, con accesso e capacità di gestione non ancora consolidati presso le strutture ospedaliere e le direzioni tecniche del Ministero della Salute.

La Fase II dovrebbe prevedere una componente autonoma di trasferimento delle competenze e di appropriazione pubblica del sistema di manutenzione, dotata di risorse dedicate, cronoprogramma, indicatori e responsabilità verificabili. Per ogni struttura beneficiaria dovrebbero essere nominati dei tecnici ospedalieri e i punti focali ministeriali coinvolti, inseriti in un percorso progressivo che combini formazione teorica, affiancamento pratico, esercitazioni e valutazioni semestrali e certificazione delle competenze acquisite. La Fase II dovrebbe definire una attribuzione verificabile di accessi, ruoli e responsabilità del sistema EASI a ospedali e direzioni tecniche, assicurando la titolarità istituzionale dei dati e la continuità operativa della piattaforma al termine del supporto dell'operatore privato.

8. Collegare i servizi rafforzati alla rete territoriale

Il progetto ha migliorato la capacità potenziale degli ospedali coinvolti, ma non ha sviluppato strumenti sufficienti affinché le popolazioni periferiche, le strutture di primo livello e gli ospedali distrettuali possano identificare e utilizzare i servizi rafforzati. Questo limite è particolarmente rilevante per i casi materni, neonatali e di emergenza che richiedono un intervento tempestivo.

Per ogni ospedale della Fase II, le direzioni ospedaliere e dipartimentali dovrebbero definire un piano di *referral* che identifichi: servizi disponibili; criteri clinici di invio; strutture e contatti di riferimento e contro-riferimento; modalità di trasporto nei casi urgenti; e strumenti di informazione per gli operatori territoriali e la popolazione (in collaborazione con le ONG già attive sul territorio). I dati sul numero, l'origine e l'esito dei pazienti riferiti dovrebbero essere inclusi nel monitoraggio del programma. Un piano di comunicazione e informazione territoriale dovrebbe essere approntato al fine di far conoscere le disponibilità sanitarie migliorate. La visibilità dell'intervento in generale va rafforzata.

9. Definire un percorso di sostenibilità finanziaria

La sostenibilità del progetto allo stato attuale dipende ancora in larga parte dal sostegno italiano e dall'azione dell'operatore privato. Le risorse nazionali disponibili risultano limitate rispetto alle esigenze di gestione di un parco biomedicale ampliato, mentre non emerge un piano di assunzione progressiva dei costi da parte del sistema pubblico.

Nell'ambito della definizione degli accordi di BSS, la controparte congolese dovrebbe approvare un piano di sostenibilità finanziaria pluriennale, che certifichi la disponibilità di risorse addizionali per: manutenzione preventiva e correttiva, ricambi, consumi, connettività e funzionamento della piattaforma informatica, personale tecnico e rinnovo delle apparecchiature. Il piano dovrebbe individuare le fonti di finanziamento, i capitoli di bilancio, le quote di cofinanziamento per struttura e gli impegni annuali del Ministero della Salute e delle altre istituzioni competenti.

10. Valorizzare la Fase II come intervento di sistema

I risultati della Fase I sono rimasti in gran parte confinati alle nove strutture beneficiarie. L'iniziativa non ha ancora generato dispositivi organizzati per trasferire competenze, utilizzare il modello di manutenzione su scala più ampia o contribuire alla messa in funzione di tecnologie già presenti in altre strutture e/o finanziate da altri partner.

La Fase II dovrebbe includere una componente di espansione sistemica, definita sulla base della mappatura nazionale delle apparecchiature e delle competenze: supporto alla riattivazione di tecnologie inutilizzate; collegamento dei laboratori tecnici in una rete di riferimento; mentoring tra ospedali; mappatura nazionale dei tecnici biomedicali; e definizione di standard comuni di inventariazione, manutenzione e gestione delle attrezzature. Tale componente dovrebbe essere progressiva e subordinata alla stabilizzazione delle capacità nelle strutture della Fase I.

ALLEGATI
AL RAPPORTO
DI VALUTAZIONE

INDICE

ALLEGATO I – Termini di Riferimento 3
ALLEGATO II – Documentazione Consultata 18
ALLEGATO III – Interviste Svolte 20
ALLEGATO IV – Teoria del Cambiamento 23
ALLEGATO V – Matrice di Valutazione 24
ALLEGATO VI – Traccia Intervista Stakeholders 29

ALLEGATO I – Termini di Riferimento

Ministero degli Affari Esteri
e della Cooperazione Internazionale

· **MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI E DELLA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE**

DIREZIONE GENERALE PER LA COOPERAZIONE ALLO SVILUPPO

Ufficio VII

TERMINI DI RIFERIMENTO PER LA

VALUTAZIONE INDIPENDENTE DELL'INIZIATIVA

"Programma di sostegno alla Repubblica del Congo per lo sviluppo dei servizi sanitari integrati"

AID 13158

Valutazione d'impatto

1. Oggetto della valutazione

· 1.a. Contesto

La Repubblica del Congo, (Congo-Brazzaville) situata nell'Africa centrale, si estende su una superficie di circa 342.000 km² e conta una popolazione stimata di oltre 6 milioni di abitanti nel 2023. Si tratta di uno dei Paesi meno densamente popolati del continente, con una media di 15,5 abitanti per chilometro quadrato. La distribuzione della popolazione è tuttavia fortemente disomogenea: più della metà degli abitanti si concentra nei dipartimenti di Brazzaville e Pointe-Noire, che da soli rappresentano il 58,2% della popolazione totale.

Il sistema sanitario congolese è organizzato su tre livelli: un livello centrale, che comprende il Ministero della Salute e le sue direzioni generali; un livello intermedio, costituito da 12 direzioni dipartimentali; e un livello periferico o operativo, articolato in 52 distretti sanitari suddivisi in aree sanitarie. La politica sanitaria nazionale si fonda su una visione ambiziosa: costruire un sistema sanitario efficiente e resiliente, capace di garantire a tutta la popolazione un accesso universale a servizi sanitari di qualità e a un buono stato di salute. Questo obiettivo si inserisce in una prospettiva più ampia di sviluppo sostenibile del Paese e implica l'eliminazione di ogni forma di esclusione o discriminazione, promuovendo al contempo la partecipazione attiva della popolazione.

In linea con l'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile (SDG) n. 3, dedicato alla salute e al benessere, il Congo ha aderito al 13° Programma generale di lavoro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, avviato nel 2019. Il Ministero della Salute, in collaborazione con l'OMS, ha quindi attivato una strategia operativa focalizzata sulla rivitalizzazione dei distretti sanitari e sul rafforzamento dell'assistenza sanitaria di base. A partire dal 2020, tale strategia è stata integrata nei Piani Nazionali di Sviluppo Sanitario, con l'obiettivo di migliorare l'accesso alle cure in 12 distretti sanitari, raggiungendo circa 700.000 persone.

In questo contesto si inserisce il Piano Nazionale di Sviluppo Sanitario 2023-2026, che punta a rafforzare il sistema sanitario e la governance attraverso interventi ad alto impatto, volti a ridurre in modo significativo mortalità e morbilità, soprattutto tra le fasce più vulnerabili della popolazione, come donne e bambini. Il piano si articola in quattro assi strategici/programmi principali:

- rafforzamento della *governance* e del finanziamento del settore sanitario;
- promozione della salute e del benessere della popolazione;
- miglioramento dell'accesso equo a servizi sanitari essenziali e di qualità;
- potenziamento della sicurezza sanitaria e della gestione delle emergenze.

Come da progetto, il Programma oggetto della valutazione coinvolge diversi ospedali generali di riferimento, tra cui quelli di Blanche Gomes, Ospedale Generale 31 luglio, Loandjili, Adolfo Sicé, Dolisie e Oyo. Sono inclusi inoltre il Centro Nazionale Trasfusionale e alcuni ospedali distrettuali, come quelli di Makélékélé e Talangai, parte di un progetto pilota per lo sviluppo di strutture di secondo livello.

Dal punto di vista operativo, l'approccio strategico del Programma si è basato su tre pilastri fondamentali: il primo riguarda la formazione del personale medico e tecnico, che è stato preparato all'uso e alla manutenzione delle apparecchiature elettromedicali, con l'obiettivo di trasferire competenze al personale locale; il secondo pilastro è rappresentato dall'innovazione tecnologica, attraverso la sostituzione delle apparecchiature obsolete e la fornitura di nuove tecnologie adeguate

agli standard europei; il terzo pilastro, infine, concerne l'indipendenza del sistema sanitario, che nel medio-lungo periodo dovrà diventare autosufficiente nella gestione e manutenzione delle tecnologie biomediche.

Gli obiettivi principali del Progetto sono quelli di migliorare la capacità degli ospedali di offrire cure avanzate, diagnosi precise e terapie efficaci, e creare un sistema sanitario più integrato, in cui i pazienti possano accedere a strutture adeguate alle loro esigenze.

La rivitalizzazione dei distretti sanitari è attualmente una sfida importante per il governo del Congo e per tutti i partner tecnici e finanziari del settore sanitario, tra cui l'Unione Europea e la Banca Mondiale (BM) che, nel corso del tempo, hanno previsto finanziamenti a dono ma anche sotto forma *di credito di aiuto.*

L'iniziativa è stata richiesta dal Governo della Repubblica del Congo con nota del Ministero della Cooperazione Internazionale e della Promozione del Partenariato Pubblico-Privato del 26 settembre 2024 ed è stata approvata dal Comitato Congiunto per la Cooperazione allo Sviluppo con delibere n. 109 e n. 110 del 30 settembre 2024. L'Accordo tra il Governo della Repubblica Italiana e il Governo della Repubblica del Congo è stato firmato a Roma il 24 novembre 2024. Il Programma prevede una dotazione complessiva di 45 milioni di euro, di cui 35 milioni sotto forma di prestito concessionale e 10 milioni a dono, destinata al rafforzamento del sistema sanitario congolese attraverso lo strumento del sostegno al bilancio settoriale.

L'allegata scheda descrittiva contiene le informazioni relative al documento previsionale. Nella fase di *Desk Analysis* descritta nelle disposizioni gestionali e piano di lavoro, verrà fornita ulteriore documentazione, dopo la comunicazione ufficiale di avvio ai lavori.

· 1.b. Utilità della valutazione

La valutazione ha lo scopo di fornire un'analisi indipendente e sistematica dell'iniziativa secondo i criteri OCSE-DAC al fine di valutare risultati, effetti e sostenibilità degli interventi, di generare apprendimento strategico per supportare decisioni future di programmazione e di formulazione di nuove iniziative.

La valutazione d'impatto dell'iniziativa si focalizzerà anche sugli obiettivi di sviluppo dichiarati, considerando effetti diretti, indiretti, attesi e non attesi.

Considerata la recente conclusione dell'iniziativa, la presente valutazione assume una funzione particolarmente strategica nel comprendere non solo i primi effetti osservabili, ma soprattutto il potenziale impatto futuro dell'intervento realizzati sul sistema sanitario della Repubblica del Congo. In tale prospettiva, l'analisi si concentrerà sulla solidità dei cambiamenti avviati e sulla loro capacità di generare benefici duraturi nel medio-lungo periodo, in coerenza con le priorità nazionali e con gli obiettivi di sviluppo sostenibile, in particolare l'Obiettivo 3 relativo alla salute e al benessere.

Il Team di valutazione dovrà:

- Analizzare se sussistono le condizioni per favorire la sostenibilità e la scalabilità dei risultati raggiunti, esaminando in che misura i tre pilastri dell'intervento – formazione del personale, innovazione tecnologica e rafforzamento dell'autonomia gestionale – possano continuare a produrre effetti nel tempo. Ciò include, ad esempio, la capacità del personale formato di trasferire competenze, il mantenimento e l'utilizzo efficace delle apparecchiature fornite, nonché l'effettiva autonomia delle strutture sanitarie nella gestione delle tecnologie biomediche.

- Analizzare in che misura l'intervento abbia contribuito a migliorare l'accesso della popolazione a servizi sanitari di qualità, considerando aspetti quali la disponibilità e continuità dei servizi diagnostici e terapeutici, la riduzione dei tempi di attesa o dei trasferimenti verso altre strutture, nonché la capacità delle strutture sanitarie di rispondere in modo tempestivo ed efficace ai bisogni di salute della popolazione. Particolare attenzione sarà dedicata all'equità nell'accesso, verificando se i benefici dell'intervento abbiano raggiunto anche gruppi vulnerabili o aree maggiormente svantaggiate, contribuendo così a ridurre disparità territoriali e socioeconomiche nell'erogazione dei servizi sanitari.
- Esplorare le traiettorie di cambiamento plausibili, identificando i fattori abilitanti e i rischi che potrebbero influenzare la realizzazione dell'impatto atteso, quali il livello di integrazione nel sistema sanitario nazionale, la disponibilità di risorse finanziarie e la continuità del supporto istituzionale. In questo senso, essa fornirà elementi utili per orientare eventuali azioni correttive o interventi complementari, al fine di massimizzare i benefici dell'iniziativa nel tempo.
- Contribuire a generare evidenze prospettiche a supporto dei decisori pubblici e dei partner tecnici e finanziari, favorendo un apprendimento strategico e informando la progettazione di future iniziative, in un'ottica di rafforzamento progressivo di un sistema sanitario più resiliente, equo e autosufficiente. In questo senso, rappresenterà uno strumento fondamentale per orientare le scelte future e definire priorità di intervento più mirate.

· 1.c. Obiettivi generali della valutazione

La valutazione ha l'obiettivo di fornire un'analisi indipendente, rigorosa e orientata all'apprendimento dell'iniziativa recentemente conclusa, esaminandone in modo sistematico i risultati conseguiti, i primi effetti osservabili e il potenziale impatto nel medio-lungo periodo sul sistema sanitario della Repubblica del Congo.

La presente valutazione si configura come una valutazione di un Programma condotta in conformità ai criteri OCSE-DAC (2019), con particolare enfasi sul criterio dell'impatto.

La valutazione dovrà esprimere un giudizio generale, adeguatamente motivato, sulla rilevanza degli obiettivi dell'iniziativa da valutare rispetto alle esigenze e alle priorità dei contesti di intervento, nonché sulla loro coerenza interna ed esterna, sia con le altre iniziative della Cooperazione italiana che con quelle promosse dagli altri donatori.

Particolare attenzione dovrà essere dedicata all'i**mpatto** di natura qualitativa dell'iniziativa valutata nel suo complesso, e descrivere pertanto quali cambiamenti questa abbia contribuito a determinare, o si possa ipotizzare che contribuirà a determinare, in via diretta o indiretta, con particolare attenzione alle prospettive di consolidamento dei cambiamenti avviati nell'ambito del contesto sociale, economico e ambientale. L'analisi dovrà mettere in relazione tali effetti con il livello di conseguimento degli obiettivi indicati nelle schede descrittive allegate e con gli altri indicatori di sviluppo pertinenti, privilegiando una valutazione argomentata e qualitativa dell'impatto complessivo prodotto.

In base ai risultati raggiunti e in linea con i criteri OCSE-DAC, tenendo conto anche degli indicatori elencati nel quadro logico, si valuteranno l'**efficacia** degli interventi, l'efficienza nell'utilizzo delle risorse a disposizione e la sostenibilità dei benefici conseguiti anche sotto il profilo istituzionale,

economico, sociale e ambientale, la **rilevanza** dell'intervento rispetto ai bisogni del contesto nazionale e alle priorità del settore sanitario, la **coerenza** interna ed esterna dell'iniziativa rispetto alle politiche nazionali e agli interventi dei partner internazionali, nonché l'**efficacia** nel raggiungimento degli obiettivi previsti. Saranno inoltre esaminati l'**efficienza** nell'utilizzo delle risorse disponibili e la qualità dei meccanismi di implementazione e la **sostenibilità** dei risultati, analizzando le condizioni istituzionali, tecniche ed economiche necessarie affinché i benefici dell'intervento possano perdurare nel tempo, anche alla luce della recente conclusione del progetto.

In tale prospettiva, la valutazione intende non solo rendere conto dei risultati raggiunti, ma anche identificare fattori abilitanti, criticità e traiettorie evolutive plausibili, contribuendo a orientare le future decisioni strategiche, il miglioramento delle politiche e la definizione di nuove iniziative nel settore sanitario.

In particolare, la valutazione si concentrerà sulla capacità dell'iniziativa di contribuire al rafforzamento strutturale del sistema sanitario, analizzando il miglioramento dell'accesso a servizi di qualità, il potenziamento delle capacità diagnostiche e terapeutiche, nonché gli effetti sulla qualità delle cure offerte, soprattutto per le fasce più vulnerabili. Sarà inoltre esaminato il contributo dei tre pilastri dell'intervento – formazione del personale, innovazione tecnologica e rafforzamento dell'autonomia gestionale – alla generazione di cambiamenti sistemici, valutandone il potenziale di trasformazione e replicabilità. La valutazione approfondirà altresì i fattori abilitanti e i rischi che possono influenzare il raggiungimento dell'impatto atteso, quali il grado di integrazione nel sistema sanitario nazionale, la disponibilità di risorse per la manutenzione delle tecnologie e la continuità del supporto istituzionale. In tal modo, essa fornirà evidenze utili a comprendere non solo "se" e "quanto" l'iniziativa stia producendo impatti, ma anche "come" e "a quali condizioni" tali impatti possano consolidarsi e ampliarsi nel tempo, orientando le future scelte strategiche e programmatorie.

Le conclusioni della valutazione saranno basate su evidenze oggettive, credibili, affidabili e adeguatamente triangolate, tali da permettere alla DGCS di elaborare un'adeguata *evaluation management response,* volta ad assicurare che le lezioni apprese, le buone pratiche emerse e le raccomandazioni elaborate possano tradursi in cambiamenti concreti sia in termini di scelte strategiche, che di modalità operative al fine di migliorare la qualità, la programmazione, la formulazione e la gestione degli interventi di cooperazione allo sviluppo.
Eventuali azioni di *follow-up* alle raccomandazioni, saranno elaborate da AICS e dagli attori destinatari delle raccomandazioni stesse.

La diffusione dei risultati della valutazione contribuirà al rafforzamento dell'*accountability* istituzionale nei confronti del Parlamento - circa l'utilizzo dei fondi stanziati per l'Aiuto Pubblico allo Sviluppo - e dell'opinione pubblica italiana, circa la validità dell'allocazione delle risorse governative disponibili in attività di cooperazione. I risultati della valutazione e le esperienze acquisite saranno condivisi con le principali Agenzie di cooperazione e con i partner locali. La valutazione favorirà anche la *mutual accountability* tra partner in relazione ai reciproci impegni.

Infine, mediante il coinvolgimento del Paese partner in ogni fase del suo svolgimento, la valutazione contribuirà al rafforzamento della loro capacità in materia di valutazione, favorendo l'appropriazione dei risultati e promuovendo una cultura della valutazione orientata all'apprendimento e al miglioramento continuo delle politiche e degli interventi di sviluppo.

Il team di valutazione potrà suggerire e includere altri aspetti che siano congrui con lo scopo della valutazione.

2. Metodologia della valutazione

2.a. Principi generali e approccio

a) La valutazione deve essere in linea con i più elevati standard internazionali di riferimento, in particolare in materia di integrità, rispetto delle norme civili, degli usi e costumi locali, dei diritti umani, dell'uguaglianza di genere e del principio del "non nuocere".

Le valutazioni realizzate dalla DGCS si basano sui seguenti principi: utilità, credibilità, indipendenza, imparzialità, trasparenza, eticità, professionalità, rispetto dei diritti umani, parità di genere e sul principio del *leave no one behind*.

Le tematiche trasversali (tra cui diritti umani, genere, ambiente) dovranno essere adeguatamente integrate e analizzate in maniera sistematica, garantendo che i relativi risultati emergano in modo chiaro e trasversale nell'intero esercizio valutativo.

Per valutare in che misura l'intervento abbia contribuito, da un lato, alla promozione dei diritti umani e, dall'altro, alla capacità dei titolari di diritti di rivendicarne l'effettivo godimento, sarà adottato lo *Human Rights Based Approach*.

La valutazione deve essere in linea con i più elevati standard internazionali di riferimento e tiene conto delle rilevanti linee guida della cooperazione italiana.

Le tematiche trasversali (tra cui diritti umani, genere, ambiente) dovranno avere la dovuta considerazione ed i risultati della valutazione in questi ambiti dovranno essere adeguatamente evidenziati con una modalità trasversale.

b) Più in generale, il team di valutazione adotterà un approccio integrato che combina il *Results-Based Approach (RBA)* con un *theory-based approach*. Il primo costituirà la base per l'analisi sistematica delle evidenze derivanti da diverse fonti informative (documentazione di progetto, quadro logico, relazioni di monitoraggio, interviste con controparti istituzionali, staff di progetto e beneficiari, sia individualmente sia in focus group). Il secondo consentirà di esaminare in maniera critica le ipotesi causali sottostanti al disegno dell'intervento, verificando ex post la validità della teoria del cambiamento e analizzando i meccanismi attraverso cui i risultati sono stati (o non sono stati) raggiunti.

L'adozione di un approccio basato sulla teoria del cambiamento consentirà inoltre di mettere in evidenza alcune criticità strutturali tipiche degli interventi di sviluppo. In particolare, la valutazione analizzerà il grado di chiarezza e solidità della teoria del cambiamento originaria, considerando che molte politiche pubbliche sono talvolta avviate in condizioni di incertezza e senza un esplicito impianto teorico che colleghi in modo coerente attività e risultati attesi. Sarà inoltre esaminato il pluralismo dell'impianto attuativo, verificando in che misura le modalità di implementazione siano state effettivamente adattate alle specificità del contesto locale o, al contrario, abbiano risentito di approcci standardizzati.

In tale prospettiva, la valutazione non si limiterà a misurare il grado di conseguimento degli output e degli *outcome* attesi, ma analizzerà anche i processi attraverso cui tali risultati sono stati generati, includendo l'identificazione di effetti inattesi, positivi o negativi, e la valutazione dell'attribuzione dei cambiamenti osservati o attesi.

Un'attenzione specifica sarà dunque dedicata all'analisi della fase attuativa, con l'obiettivo di verificare la coerenza tra il disegno progettuale e la sua implementazione effettiva, nonché di comprendere il ruolo e l'influenza degli attori coinvolti sui risultati raggiunti.

Qualora gli interventi non siano stati strutturati secondo una piena logica di *Results-Based Management (RBM)* o presentino lacune in termini di teoria del cambiamento, indicatori o dati di baseline, il team procederà ad adattare e integrare l'approccio metodologico.

A tal fine, il team di valutazione intraprenderà una missione in Congo.

Il processo di valutazione dovrà essere *utilisation-focused*, ponendo particolare enfasi sull'uso concreto dei risultati e delle raccomandazioni che ne deriveranno.

c) Il team di valutazione potrà adottare metodologie sia qualitative che quantitative in modo tale da poter triangolare i risultati ottenuti con l'utilizzo di ciascuna di esse. Nella scelta delle metodologie da utilizzare, il team di valutazione dovrà tenere conto degli obiettivi che la valutazione si propone nonché della dimensione e caratteristiche dell'intervento. Si dovrà esplicitare quali metodi si utilizzano sia per la valutazione che per la raccolta dei dati e la loro analisi, motivando la scelta e chiarendo le modalità di applicazione degli stessi.

In ogni caso, le metodologie utilizzate dovranno essere in accordo con tutti i principi enunciati in precedenza nei punti a e b. In particolare, la prospettiva di genere dovrà sempre essere integrata (alla luce del tipo di intervento valutato) e con modalità che dovranno essere indicate nella proposta tecnica presentata (ad esempio, la presenza nel team di personale di sesso femminile o comunque esperto in materia di genere, raccolta ed analisi dei dati in maniera disaggregata per genere etc.).

Nella fase di avvio della valutazione, i valutatori dovranno:

- proporre le principali domande di valutazione e le domande supplementari, in maniera puntuale e tenendo conto delle caratteristiche specifiche dell'intervento;
- elaborare la matrice di valutazione, che, per ciascuna delle domande di valutazione e domande supplementari che si è deciso di prendere in considerazione, indichi le tecniche che si intendono utilizzare per la raccolta dei dati e fornisca altre informazioni quali i metodi di misura, eventuali indicatori, la presenza o meno di *baseline* e quanto altro opportuno in base alle esigenze della valutazione;
- stabilire le modalità di partecipazione degli stakeholder alla valutazione con particolare attenzione ai beneficiari e ai gruppi più vulnerabili.
- ricostruire la teoria del cambiamento, compatibilmente con le modalità di impostazione progettuale degli interventi.

· 2.b. Qualità della valutazione:

Il team di valutazione userà diversi metodi (inclusa la triangolazione) al fine di assicurare che i dati rilevati siano validi.
La valutazione dovrà conformarsi ai *Quality Standards for Development Evaluation* dell'OCSE/DAC.[1]

· 2.c. Criteri

I criteri di valutazione da adottare, recentemente ridefiniti in ambito OCSE-DAC insieme ai principi di riferimento per il loro utilizzo, costituiscono la base per l'analisi complessiva dell'intervento. Pur

[1] https://www.oecd.org/en/publications/dac-quality-standards-for-development-evaluation_9789264083905-en.html

rimandando alle fonti OCSE-DAC[2] per un approfondimento dettagliato, si invitano i valutatori a porre particolare attenzione ai criteri di:

- **Impatto**: si analizzeranno gli effetti significativi degli interventi – positivi o negativi, previsti o imprevisti – in un ambito più ampio rispetto ai risultati immediati. L'analisi includerà gli effetti sociali, economici e ambientali, nonché le ricadute su temi chiave quali benessere delle comunità, diritti umani e uguaglianza di genere.
- **Rilevanza**: il team di valutazione verificherà in che misura gli obiettivi e il disegno dell'iniziativa rispondano ai bisogni, alle politiche e alle priorità dei beneficiari, del Paese e delle istituzioni partner, anche in contesti mutevoli.
- **Sostenibilità**: si valuterà la possibilità che i benefici dell'iniziativa si mantengano nel medio e lungo termine, sia per quanto riguarda quelli già realizzati sia per quelli potenzialmente futuri.
- **Efficacia**: la valutazione misurerà il grado e l'entità in cui gli obiettivi dell'iniziativa, intesi in termini di risultati diretti ed immediati, siano stati raggiunti o si prevede lo saranno, con attenzione ai diversi risultati ottenuti nei vari gruppi di beneficiari.
- **Efficienza**: verrà analizzato se l'utilizzo delle risorse sia stato, o si preveda sarà, ottimale per il conseguimento dei risultati, in termini economici, temporali e gestionali.
- **Coerenza**: si esaminerà la compatibilità dell'intervento con altre iniziative nel medesimo settore, sia nell'ambito della cooperazione italiana sia rispetto alle azioni di altri Paesi o attori coinvolti.

· 2.d. Quesiti valutativi

I quesiti valutativi dovranno essere formulati soprattutto in funzione dell'utilità e degli obiettivi della valutazione. Anche l'interpretazione specifica dei criteri OCSE-DAC, nonché di eventuali criteri aggiuntivi, dipenderà da cosa la valutazione mira a far sapere e l'utilizzo che della valutazione stessa si intende fare.
Le domande sull'efficacia e sull'impatto dovranno basarsi sul livello dei risultati (*outcome*) e degli impatti specifici generati, anziché su specifici output e sull'impatto globale, difficilmente quantificabile.
Per meglio valutare l'impatto, una parte dei quesiti dovrà essere del tipo causa-effetto.
Alcune domande dovranno essere indirizzate a tematiche trasversali (povertà, diritti umani, questioni di genere o ambientali etc.).
La valutazione d'impatto dovrà rispondere, a titolo esemplificativo e non esaustivo, ai seguenti quesiti valutativi:

- In che misura il progetto ha migliorato la capacità degli ospedali target di fornire cure avanzate, servizi diagnostici e terapie efficaci?
- In che misura le apparecchiature biomediche fornite risultano operative, accessibili e adeguatamente mantenute nel tempo?
- Il progetto ha contribuito a ridurre i tempi di inattività delle apparecchiature e a migliorare la continuità dei servizi sanitari?

[2] Per le definizioni dei Criteri OCSE si rinvia al seguente link: https://www.oecd.org/en/topics/sub-issues/development-co-operation-evaluation-and-effectiveness/evaluation-criteria.html

- In che misura il personale sanitario e tecnico formato ha acquisito competenze adeguate all'utilizzo, la gestione e la manutenzione delle tecnologie biomediche?
- Le attività di formazione hanno favorito un trasferimento sostenibile di competenze e la capacità di formare ulteriore personale a livello locale?
- In che misura le strutture sanitarie e il Ministero della Salute hanno rafforzato la propria autonomia nella gestione delle tecnologie biomediche e dei sistemi di manutenzione?
- Quali cambiamenti il progetto ha prodotto nell'accesso della popolazione a servizi sanitari di qualità, in particolare per i gruppi più vulnerabili e nelle aree meno servite?
- In che misura il progetto ha contribuito a migliorare l'efficienza organizzativa e gestionale delle strutture sanitarie coinvolte?
- Quali fattori istituzionali, finanziari, organizzativi o contestuali hanno facilitato oppure ostacolato il raggiungimento dei risultati previsti?
- Quali elementi del modello di intervento presentano maggiori potenzialità di sostenibilità, replicabilità e scalabilità nel medio-lungo periodo?

In ogni caso, i quesiti (principali e supplementari) dovranno essere formulati in maniera indipendente dal Team di Valutazione, facendo riferimento alle specifiche caratteristiche dell'intervento, ed elaborati in forma chiara e dettagliata e con un taglio operativo che tenga anche conto della concreta possibilità di darvi una risposta.

· 2.e. Coinvolgimento degli stakeholder locali

I metodi utilizzati dovranno essere il più partecipativi possibile, prevedendo in tutte le fasi il coinvolgimento dei destinatari "istituzionali" della valutazione, del Paese partner, dei beneficiari dell'intervento ed in generale di tutti i principali stakeholder.
Il team di valutazione dovrà coinvolgere gli *stakeholders* locali nella realizzazione della valutazione prevedendo, ove possibile e in raccordo con DGCS, AICS e controparti locali, momenti di confronto e di condivisione volte alla promozione di una cultura della valutazione orientata all'apprendimento e al miglioramento continuo delle politiche e degli interventi di sviluppo.

Gli *stakeholders* locali sono:

- Ministero della Cooperazione Internazionale e della Promozione del Partenariato Pubblico-Privato (MCIPPP);
- Ministero dell'Economia e delle Finanze della Repubblica del Congo (MEF);
- *Banque des Etats de l'Afrique Centrale*;
- Ministero della Salute e della Popolazione (MPS).

· 2.f. Profilo del team di valutazione

Il servizio di valutazione dovrà essere svolto da un team di valutazione, composto da almeno 3 membri, incluso il team leader, il quale sarà il referente della DGCS per l'intera procedura e parteciperà alle riunioni e workshop previste dal piano di lavoro.

I membri del **team** dovranno avere i seguenti requisiti:

FIGURA	REQUISITI MINIMI	REQUISITI PREFERENZIALI
EXPERT (Team Leader)	• Diploma di laurea triennale; • Padronanza della lingua **italiana, inglese** e **francese**, parlata e scritta; • Esperienza in attività di valutazione di iniziative di cooperazione allo sviluppo (**almeno 5 anni**); • Esperienza in coordinamento di team multidisciplinari (**almeno 3 anni**); • Conoscenza approfondita della metodologia RBM e degli strumenti e modalità di intervento della Cooperazione italiana.	• Esperienza in attività di valutazione di iniziative di cooperazione allo sviluppo **nel settore sanitario.** • Conoscenza dei Paesi e del contesto istituzionale.
MID LEVEL / JUNIOR LEVEL	• Diploma di laurea triennale; • Padronanza della lingua **italiana, inglese** e **francese**, parlata e scritta; • Esperienza in attività di valutazione di iniziative di cooperazione allo sviluppo (**almeno 1 anno JL; almeno 3 anni ML**).	• Conoscenza delle lingue veicolari dei Paesi di intervento**);** • Esperienza in attività di valutazione di iniziative di cooperazione allo sviluppo **nel settore sanitario.** • Conoscenza dei Paesi e del contesto istituzionale.
LOCAL (facoltativo, ma raccomandato)	• Padronanza delle lingue veicolari dei Paesi di intervento **(lingala, kituba);** • Conoscenza dei Paesi e del contesto istituzionale. • Conoscenza della gestione del ciclo del progetto e dei progetti di cooperazione allo sviluppo.	• Esperienza in attività di valutazione di iniziative di cooperazione allo sviluppo **nel settore sanitario.**

Il team di valutazione dovrà inoltre disporre delle seguenti competenze, che potranno essere possedute da uno o più membri obbligatori o aggiuntivi:

- Competenze specifiche nel settore sanitario;
- Competenze in interviste, ricerche documentate, raccolta e analisi dei dati;
- Competenza adeguata in tematiche trasversali e di genere;
- Ottime capacità analitiche, redazionali e di presentazione dei dati.

Nel caso in cui la conoscenza della lingua veicolare non risulti posseduta da alcun candidata/o, i valutatori sono tenuti a predisporre un adeguato servizio di interpretariato, assicurando la piena comprensione reciproca durante tutte le fasi delle attività di valutazione.

3. Prodotti dell'esercizio di valutazione

Gli output dell'esercizio saranno:

- Un **Rapporto di Avvio** (*Inception Report)* in lingua italiana (intorno alle 20 pagine), da trasmettere allo scrivente ufficio entro la scadenza concordata in occasione dell'incontro di avvio della valutazione presso la DGCS (generalmente 20 giorni). Il documento dovrà includere la descrizione dell'ambito della valutazione, dei quesiti valutativi principali e supplementari, dei criteri e degli indicatori che verranno utilizzati per rispondere alle domande, delle metodologie che si intendono utilizzare per la raccolta e l'analisi dei dati e per la valutazione in generale, della definizione del ruolo e delle responsabilità di ciascun membro del team di valutazione, del piano

di lavoro comprensivo del cronoprogramma delle attività e delle modalità di svolgimento delle visite sul campo.

- Un **Rapporto finale** (di circa 50 pagine allegati esclusi) **in lingua italiana e tradotto in francese e inglese**. I rapporti digitali nelle 3 lingue dovranno essere inviati in **formato Word e Pdf (max 3Mb) all'Ufficio VII – Sezione Valutazioni.** Si richiede altresì di fornire alla stazione appaltante il rapporto **in italiano e in inglese** in **formato cartaceo rilegato in brossura, nella misura di 3 copie per ciascuna lingua (per un totale di 9 copie)**. La redazione e la traduzione in lingua dovranno essere di un livello qualitativo professionale. Il Rapporto dovrà inoltre contenere elementi di infografica che facilitino la lettura e diano immediata evidenza delle risultanze della valutazione. Ulteriori indicazioni in merito al formato e alla struttura del rapporto sono fornite nella relativa scheda descrittiva.

- Una **Sintesi del Rapporto Finale** (max 15 pagine), **in lingua italiana e tradotto in francese e inglese**. Le sintesi dei rapporti in formato digitale nelle 3 lingue dovranno essere inviate in **formato Word e Pdf (max 3Mb) alla stazione appaltante.** Si richiede altresì di fornire alla stazione appaltante le sintesi del rapporto in **italiano e francese in formato cartaceo rilegato in brossura, nella misura di 3 copie per ciascuna lingua (per un totale di 9 copie)**. Le copie cartacee dovranno essere dotate di copertina plastificata. La redazione e la traduzione in lingua dovranno essere di un livello qualitativo professionale. Nella versione sintetica del rapporto si dovranno necessariamente includere l'ambito e gli obiettivi della valutazione, l'approccio metodologico, le principali conclusioni e le raccomandazioni.

- **Documentazione fotografica** (in alta definizione) sull'iniziativa valutata e relativo contesto, a sostegno delle conclusioni della valutazione, da trasmettere in formato digitale. La documentazione dovrà essere acquisita nel rispetto della normativa applicabile in materia di riservatezza e di protezione dei dati personali.

- **Tre presentazioni Power Point**, rispettivamente in **italiano, inglese e francese**, per illustrare le principali risultanze della valutazione (da utilizzare anche a supporto dei workshop programmati).
- Workshop di presentazione della bozza del rapporto finale presso il MAECI-DGCS.
- Workshop di presentazione del rapporto finale in loco.

Seguono:

- **Scheda descrittiva del Programma;**
- **Disposizioni gestionali e piano di lavoro;**
- **Formato suggerito del Rapporto di valutazione.**

· SCHEDA DESCRITTIVA PROGETTO

TITOLO DEL PROGRAMMA	"*Programma di sostegno alla Repubblica del Congo per lo sviluppo dei servizi sanitari integrati*" **AID 13158**
LUOGO DEL PROGRAMMA	Repubblica del Congo
LINGUA DEL PROGRAMMA	Francese
DURATA PREVISTA	36 mesi
CANALE DI FINANZIAMENTO	Bilaterale
TIPOLOGIA	Credito d'Aiuto/Dono
BUDGET TOTALE	**EURO 45.000.000,00** *(quarantacinque milioni)* ***Di cui 35.000.000,00 a credito*** ***10.000.000,00 a dono***
ENTE ESECUTORE	**Ministero della Salute e della Popolazione (ex art 7 della l.125/2014)**
OBIETTIVI DEL MILLENNIO	SDG 3 T 3.1; T 3.2; T 3c

Contesto dell'iniziativa

Il Governo congolese si propone di migliorare la salute dei propri cittadini promuovendo il benessere della popolazione, delle diverse fasce di età, mediante un migliore accesso all'assistenza sanitaria integrata, continua e incentrata sulla persona. Il presente Programma di Sostegno mira a contribuire al bilancio nazionale della Repubblica del Congo nel settore della salute al fine di promuovere l'accesso e ampliare la copertura di servizi sanitari di qualità negli ospedali pubblici per contribuire al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione. Tale supporto intende promuovere l'efficacia e l'efficienza del settore sanitario congolese, rafforzando nello specifico la piattaforma tecnica delle strutture sanitarie di riferimento del Paese attraverso forniture di apparecchiature di diagnostica, strumentario chirurgico di qualità, e l'istituzione di un meccanismo di gestione delle stesse in grado di garantire il loro corretto utilizzo e la loro manutenzione grazie a personale competente, formato e specializzato, in linea con le politiche ed i piani strategici settoriali del Paese. Questo permetterà alle autorità competenti di istituire un sistema di gestione della piattaforma tecnica sanitaria autonomo, efficiente e standardizzato a livello nazionale avvallato dalla presenza di professionisti locali con le competenze tecniche necessarie per assicurarne la disponibilità e l'efficacia.

Obiettivi generali e specifici

L'**obiettivo generale** è quello di contribuire al miglioramento dell'accesso e all'ampliamento della copertura dei servizi sanitari per la popolazione della Repubblica del Congo.
L'**obiettivo specifico** è quello garantire l'adeguamento delle strutture sanitarie del paese attraverso il raggiungimento di uno standard prestazionale di servizi.

Descrizione strategia di intervento

La strategia d'intervento prescelta per il raggiungimento degli obiettivi del progetto prevedeva la realizzazione di un insieme di attività dirette al rafforzamento del sistema sanitario per migliorare l'erogazione dei servizi attraverso la rivitalizzazione dei distretti sanitari, la razionalizzazione dei servizi ospedalieri e lo sviluppo delle risorse umane per la salute. L'intervento mira ad attuare una strategia operativa volta a sostenere l'assistenza

sanitaria primaria la promozione della salute e del benessere della in linea con gli obiettivi strategici, i target e gli indicatori di performance relativi al settore salute.

Risultati da conseguire:

Risultato 1: Le strutture sanitarie target sono identificate e rese strutturalmente ed energeticamente efficienti.

Risultato 2: Le strutture sanitarie di riferimento sono dotate di apparecchiature elettro/bio medicali di qualità e standardizzate a livello nazionale.

Risultato 3: La piattaforma tecnica sanitaria nazionale è resa funzionale.

Elenco dei beneficiari:

Popolazione del territorio Congolese.

Finanziamento:

Finanziamento del valore di 45 milioni di euro da erogare, in un'unica soluzione, attraverso un prestito agevolato (35 MEUR) e a dono (10 MEUR).

Descrizione sviluppi recenti*:*

- Rapporto intermedio del 9 dicembre 2025 di *Groupement AUDITEC-FOIRIER CONSULTING & KPMG CONGO;*
- Bozza rapporto finale.

· DISPOSIZIONI GESTIONALI E PIANO DI LAVORO

Desk Analysis	In questa prima fase i valutatori esamineranno la documentazione riguardante il progetto. Dopo la firma del contratto la DGCS fornirà al team di valutazione ulteriore documentazione relativa all'iniziativa oggetto della valutazione. Nella riunione d'avvio, il team incontrerà i rappresentanti degli uffici della DGCS, gli esperti/funzionari dell'Agenzia ed altri stakeholder rilevanti.
Rapporto d'avvio	Il team dovrà predisporre il Rapporto d'avvio (vedi pag. 9), che sarà soggetto ad approvazione da parte della DGCS, entro la scadenza concordata in occasione dell'incontro di avvio della valutazione presso la DGCS (generalmente 20 giorni).
Visita sul campo	Coordinandosi con il MAECI, l'Ambasciata d'Italia a Brazzaville e la Sede dell'AICS di Abidjan, competente per la Repubblica del Congo, il team di valutazione visiterà i luoghi dell'iniziativa, intervisterà le parti interessate, i beneficiari e raccoglierà ogni informazione utile alla valutazione. Il team di valutazione si recherà sul campo per un periodo stimato di circa **20 giorni complessivi e continuativi** (la durata effettiva sarà determinata dall'offerente). Il suddetto periodo dovrà essere coperto da almeno uno dei membri obbligatori. La presenza in loco del team leader, anche per un periodo circoscritto, è incentivata con l'attribuzione di relativo punteggio in sede di valutazione dell'offerta tecnica (Piano di lavoro). Al termine della visita sul campo, le informazioni utili alla valutazione raccolte saranno condivise dal team con gli stakeholder locali.
Bozza del rapporto di valutazione	Il team predisporrà la bozza del rapporto di valutazione, che dovrà essere inviata per l'approvazione da parte della DGCS.
Commenti delle parti interessate e feedback	La bozza di rapporto sarà sottoposta ai soggetti interni alla DGCS, ai rappresentanti dell'Agenzia e altri eventuali stakeholder individuati dalla DGCS per questa finalità. Commenti e feedback saranno comunicati ai valutatori invitandoli a dare i chiarimenti richiesti e fare eventuali contro-obiezioni, nel pieno rispetto dell'indipendenza delle risultanze della valutazione.
Seminario presso la DGCS	La DGCS organizzerà un seminario per la presentazione da parte del team della bozza del rapporto di valutazione, per l'acquisizione di eventuali commenti e feedback da parte dei soggetti di cui al paragrafo precedente, utili alla stesura del rapporto definitivo.
Rapporto finale e documentazione accessoria	Il team di valutazione, tenendo conto dei commenti ricevuti, definirà il rapporto finale e lo trasmetterà alla DGCS, per l'approvazione. Il rapporto può includere i commenti degli stakeholder. Al rapporto saranno allegati i ToRs, la lista completa dei quesiti valutativi con relativi indicatori e fonti e l'elenco della documentazione consultata. Assieme al rapporto dovrà essere fornito il materiale fotografico e l'ulteriore documentazione prodotta nel corso della valutazione: i questionari, i documenti specifici prodotti per gli approfondimenti di particolari tematiche o linee di intervento, le fonti informative secondarie utilizzate, le tecniche di raccolta dei dati nell'ambito di indagini ad hoc, le modalità di organizzazione ed esecuzione delle interviste, la definizione e le modalità di quantificazione delle diverse categorie di indicatori utilizzati, le procedure e le tecniche per l'analisi dei dati e per la formulazione delle risposte ai quesiti valutativi, inclusa la Matrice di Valutazione etc.
Seminario in loco	Il team di valutazione organizzerà, in coordinamento con la DGCS, un seminario per la presentazione alle controparti del rapporto finale di valutazione. I risultati della valutazione verranno presentati ai principali interlocutori locali: soggetti istituzionali, enti esecutori, rappresentanti dei beneficiari etc. I costi organizzativi del seminario (incluso affitto della sala, catering, eventuali rimborsi per lo spostamento dei partecipanti locali) saranno integralmente a carico dell'offerente. Le modalità organizzative di massima del seminario dovranno essere illustrate nell'offerta del concorrente e concordate in tempo utile nel dettaglio con la DGCS. Per il seminario in loco, è fortemente consigliato fornire il documento "rapporto finale della valutazione" tradotto e stampato in lingua locale.

· FORMATO E STRUTTURA DEL RAPPORTO DI VALUTAZIONE

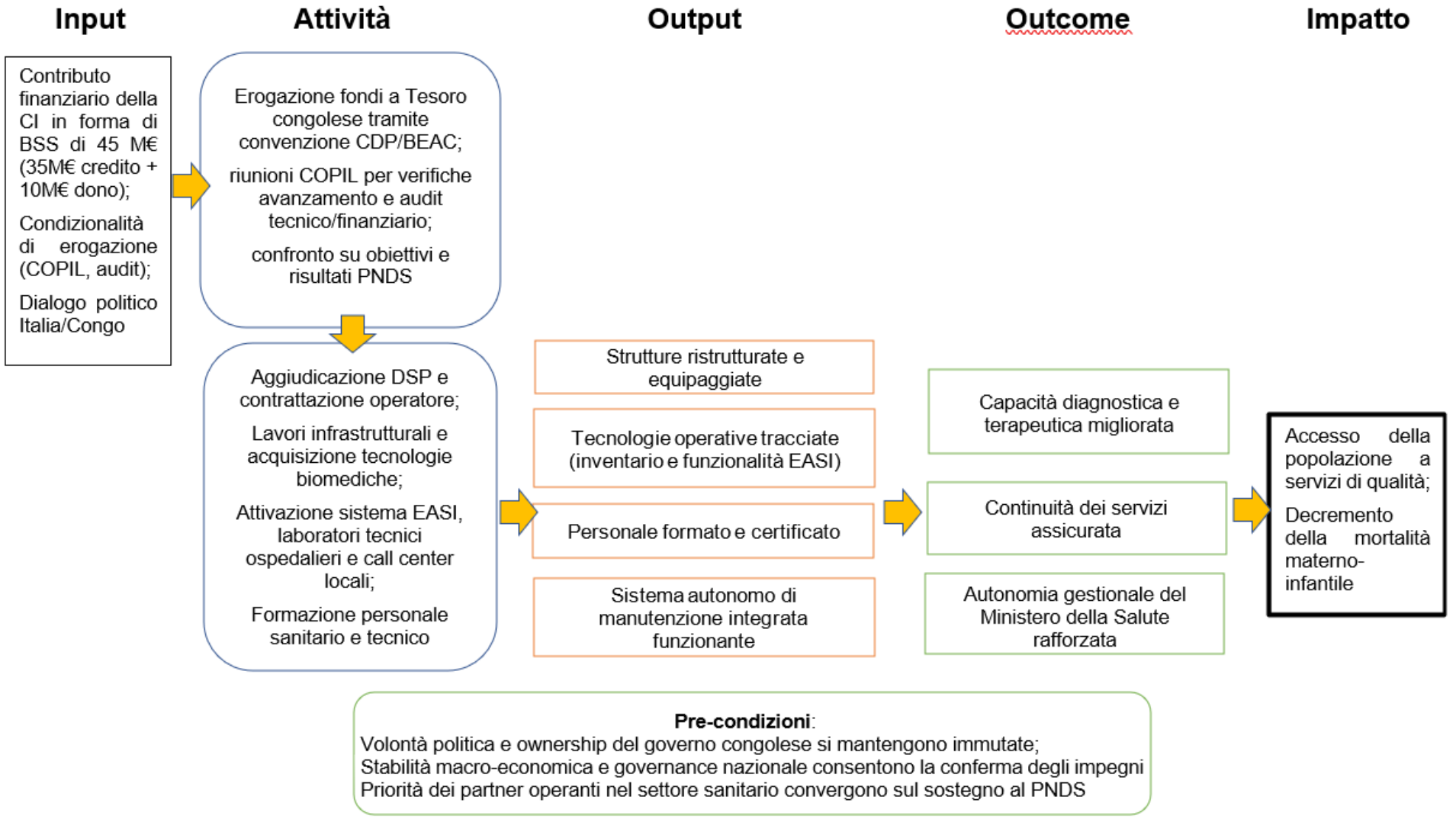
Rilegatura	In brossura con copertina plastificata recante l'indicazione del titolo dell'iniziativa anche nella parte laterale.
Carattere	Arial o Times New Roman, corpo 12 minimo
Copertina	Il file relativo alla prima pagina sarà fornito dall'Ufficio VII della DGCS assieme ai contenuti da inserire nella prima pagina (modalità di aggiudicazione, disclaimer etc.)
Lista degli acronimi	Sarà inserita una lista degli acronimi utilizzati
Localizzazione degli interventi	Inserire una carta geografica relativa alle aree oggetto dell'iniziativa.
Sintesi iniziale	Quadro sintetico di contesto, ambito ed obiettivi della valutazione, metodologia di raccolta e analisi dati, principali conclusioni e raccomandazioni. Segnalare che del rapporto finale è disponibile una versione sintetica.
Contesto	- Situazione Paese, basata su informazioni rilevate da fonti internazionali accreditate. - Breve descrizione delle politiche di sviluppo attive nel Paese, con particolare riferimento alla cooperazione italiana, e della sua situazione politico-istituzionale, socio-economica e culturale.
Ambito ed obiettivo	- Descrizione dell'iniziativa valutata che includa logica e strategia di base, obiettivi generali e specifici, risultati previsti e stato di realizzazione dei singoli progetti - Obiettivi generali e specifici della valutazione.
Quadro teorico e metodologico	- I criteri di valutazione. - La metodologia utilizzata e la sua applicazione, segnalando le eventuali difficoltà incontrate. - Le fonti informative e il loro grado di attendibilità.
Presentazione dei risultati	La presentazione dei risultati della valutazione dovrà articolarsi sulla base dei quesiti formulati dall'offerente e delle relative risposte (adeguatamente documentate).
Conclusioni	Le conclusioni, fondate sui risultati della valutazione, includeranno un giudizio chiaro e motivato in merito a ciascuno dei criteri di valutazione e dovranno tenere conto di quanto richiesto nella sezione "Utilità" dei ToRs e delle tematiche trasversali.
Raccomandazioni	Le raccomandazioni, relative ad aspetti specifici dell'iniziativa valutata o a carattere generale, devono comunque essere fondate sulle risultanze e le conclusioni della valutazione. Sono indirizzate ai destinatari istituzionali e finalizzate al miglioramento delle strategie della cooperazione italiana e dei progetti futuri. Per facilitare il *management response* devono essere limitate nel numero (indicativamente non più di 10 raccomandazioni principali) e prevedere una formulazione sintetica che evidenzi chiaramente l'azione da svolgere, accompagnata da un eventuale ulteriore testo esplicativo.
Lezioni apprese e buone pratiche	Sono fondate sulle risultanze della valutazione e possono andare al di là del ristretto ambito del progetto.
Allegati inseriti nel rapporto	In calce al rapporto devono essere inseriti i ToRs (Allegato 1), la lista completa dei quesiti valutativi con relativi indicatori e fonti e l'elenco della documentazione consultata. Ulteriori allegati possono essere inseriti se non contengono dati potenzialmente sensibili (nominativi individuali ed altre informazioni che possono essere usate per identificare individui). Nel rapporto può anche essere inserito l'elenco di tutta la documentazione accessoria prodotta (questionari etc.), inclusa quella non allegata sempre in forma anonimizzata

ALLEGATO II – Documentazione Consultata

TITOLO	AUTORE/FIRMATARIO	DATA
DOCUMENTI DI PROGETTO		
Dossier : SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS POUR LA RÉPUBLIQUE DU CONGO	Governo del Congo	Mai 2024
Documento di Progetto: Programme de Soutien a la République du Congo pour le Développement aux Services de Santé Intégrés	Ministère de la Coopération Internationale et de la Promotion du Partenariat Publique Privé	Giu 2024
Richiesta del Paese partner	Ministre de la Coopération Internationale et de la Promotion du Partenariat Public-Privé de la République du Congo	26/09/2024
NOTA INFORMATIVA PER IL COMITATO CONGIUNTO	Direzione AICS	27/09/2024
SCHEDA DI VALUTAZIONE PROGRAMMA DI SOSTEGNO ALLA REPUBBLICA DEL CONGO PER LO SVILUPPO DI SERVIZI SANITARI INTEGRATI	AICS Niamey/Niger	27/09/2024
Delibera Comitato Congiunto n. 109 del 30 settembre 2024	MAECI	30/09/2024
Convenzione Finanziaria per il progetto	Ministère de l'Economie et des finances ; Ministère de la Coopération Internationale et de la Promotion du Partenariat Public-Privé de la République du Congo – Cassa Depositi e Prestiti	03/01/2025
Accordo firmato: Programma di sostegno alla Repubblica del Congo per lo sviluppo di servizi sanitari integrati (IT-FR)	Governo Italiano e Governo Congolese	25/11/2024
Plan de Travail, Chronogramme et détails Financiers Projet Sanitaire	Ministère de la Coopération Internationale et de la Promotion du Partenariat Public-Privé de la République du Congo	Mai 2025
Rapporto Intermedio di Audit : EVALUATION DU FINANCEMENT OCTROYÉ PAR LA RÉPUBLIQUE ITALIENNE À LA RÉPUBLIQUE DU CONGO POUR LE RENFORCEMENT DE SON OFFRE DE SANTÉ	Auditec Foirier- KPMG Congo	9 Dic. 2025
Rapporto Tecnico e Finanziario Finale di Audit : EVALUATION DU FINANCEMENT OCTROYÉ PAR LA RÉPUBLIQUE ITALIENNE À LA RÉPUBLIQUE DU CONGO POUR LE RENFORCEMENT DE SON OFFRE DE SANTÉ	Auditec Foirier- KPMG Congo	26/03/2026
MATERIALI STRATEGICI DI RIFERIMENTO		
Politica Sanitaria Nazionale (PNS) 2018-2023	Governo del Congo	2018
POLITIQUE NATIONALE DE LA DECENTRALISATION ET DU DEVELOPPEMENT LOCAL	Ministère de l'Intérieur, de la Décentralisation et du Développement Local	Jui. 2017
PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT 2022-2026	Governo del Congo	1.4/01/2022
Censimento generale della popolazione e delle abitazioni (RGPH-5)	UNFPA Congo	2023

TITOLO	AUTORE/FIRMATARIO	DATA
Plan National de Développement Sanitaire 2023 - 2026	Ministère de la Santé et de la Population- Congo	Ago 2023
Budget 2024 Ministère de la Santé et de la Population	Ministère de la Santé et de la Population	12/10/2023
Brochure : REVITALISONS LES DISTRICTS SANITAIRES AU CONGO 2me PHASE	Ministère de la Santé et de la Population- OMS Congo	28/05/2024
Piano d'azione nazionale per la sicurezza sanitaria (PANSS)		2024-2028
Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Congo 2025 – 2028	OMS Congo	Mar 2025
Rapport Annuel OMS Congo 2025	OMS Congo	Avr 2026
Budget 2025 Ministère de la Santé et de la Population	Ministère de la Santé et de la Population	26/05/2025
Arreté de Decoupage de Districts Sanitaires	Ministère de l'Intérieur e de la Décentralisation	17 Mars 2026
Budget 2026 Ministère de la Santé et de la Population	Ministère des Finances	31/03/2026
REPORT DI MEETINGS E INCONTRI		
Resoconti Riunioni Comitato di Pilotaggio (COPIL)	Membri del COPIL	9 Giu 2025 18 Nov 2025 22 Dic 2025 22 Feb 2026
Rapporti di Missione AICS in Congo	AICS Abidjan	Nov 2025 Gen 2026
RAPPORT DE LA REVUE À MI-PARCOURS DES ACTIVITÉS DES HÔPITAUX 2026 « La consolidation de l'offre et de l'accès aux soins de qualité »	MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA POPULATION DIRECTION GÉNÉRALE DES SOINS ET SERVICES DE SANTÉ. DIRECTION DES HÔPITAUX	14-17 Juillet 2026

ALLEGATO IV – Teoria del Cambiamento



ALLEGATO V – Matrice di Valutazione

CRITERIO	DOMANDE E SOTTODOMANDE VALUTATIVE	INDICATORI	FONTI
Rilevanza	**DV1.** In che misura la scelta di intervenire su 9 strutture ospedaliere con un modello integrato di gestione tecnologica rispondeva ai bisogni diagnostici e terapeutici prioritari del sistema sanitario congolese?	•	
	- I tre pilastri di intervento (ammodernamento tecnologico, formazione, manutenzione integrata) corrispondevano alle carenze più critiche degli ospedali target? - L'approccio DSP era appropriato rispetto al contesto istituzionale congolese, o esistevano alternative più efficaci?	Grado di corrispondenza tra aree di intervento e gap identificati nel PNDS 2023-2026 (scala qualitativa) N° di aree cliniche prioritarie del PNDS coperte dall'intervento	PNDS 2023-2026 Piano di Lavoro Althea (valutazione bisogni per struttura) Interviste semi-strutturate a MSP e direzioni ospedaliere
	DV2. In che misura il disegno dell'intervento era allineato con le politiche sanitarie nazionali (PNDS 2023-2026), la strategia OMS (13° GPW) e gli SDG 3.1, 3.2 e 3c?		
	- Il programma ha contribuito a rafforzare la seconda fase della strategia nazionale di rivitalizzazione dei servizi sanitari avanzati? - I gruppi vulnerabili (donne, neonati, aree geograficamente svantaggiate) erano esplicitamente inclusi nel disegno?	N° obiettivi PNDS formalmente richiamati nell'Accordo di Finanziamento Presenza di indicatori disaggregati per genere e area geografica nel Quadro Logico (sì/no) % strutture target in aree a bassa copertura sanitaria	Accordo di Finanziamento nov. 2024 Documenti OMS/Banca Mondiale su sistema sanitario congolese Scheda di Valutazione AICS
Coerenza	**DV3.** Il modello DSP con operatore privato è coerente con il quadro normativo congolese e con le politiche della Cooperazione italiana in materia di partenariato pubblico-privato in		

	sanità?		
	- Il ricorso alla Delega di Servizio Pubblico è stata discussa e concordata con il Governo Italiano in sede di approvazione della iniziativa? - Sono emerse tensioni tra la logica del BSS (ownership governativa) e la logica della DSP (gestione privata con KPI)?	▪ Presenza di meccanismi di coordinamento MCIPPPP-MSP formalmente documentati ▪ N° riunioni COPIL effettivamente tenute vs. previste ▪ Funzionamento del sistema di supervisione COPIL	Verbali COPIL Contratto MCIPPPP-Althea Interviste a MCIPPPP e MSP
	DV4. Sono state evitate duplicazioni con altri donatori attivi nel settore sanitario congolese (UE, Banca Mondiale, OMS, UNICEF) e massimizzate le sinergie disponibili?		
	- Quali meccanismi di coordinamento sono stati adottati con AICS Abidjan, l'Ambasciata italiana a Brazzaville e i principali partner internazionali? - In che misura la Fase I del programma italiano si è inserita coerentemente nella seconda fase della strategia OMS di rivitalizzazione dei distretti sanitari?	N° sovrapposizioni identificate con altri interventi analoghi N° accordi di coordinamento formalizzati con altri donatori % attività sinergiche rispetto al totale	Database donatori attivi in Congo (OCSE-DAC, UN-OCHA) Piani d'azione OMS/UNICEF in loco Interviste ad AICS Abidjan e Ambasciata italiana
Efficacia	**DV5.** In che misura le 9 strutture ospedaliere target sono state dotate di tecnologie biomediche funzionanti, con lavori infrastrutturali adeguati e sistema EASI operativo?		
	- Qual è lo stato effettivo delle apparecchiature previste per l'installazione? - Il sistema EASI di tracciabilità è operativo in tutte le strutture o solo in alcune? - I laboratori tecnici e i call center locali sono stati attivati come previsto dal piano?	% equipaggiamenti installati e funzionanti / totale consegnati (target: ≥90%) Uptime medio delle apparecchiature critiche (target contrattuale: 96%) N° strutture con sistema EASI operativo (target 9)	Log sistema EASI Rapporto Intermedio e Finale KPMG Osservazione diretta nelle strutture campionate

	DV6. In che misura il personale sanitario e tecnico formato ha acquisito competenze effettive nell'utilizzo, gestione e manutenzione delle tecnologie biomediche?		
	- Il target del 75% del personale con competenze migliorate è stato raggiunto in termini non solo quantitativi (% formati) ma qualitativi (qualità del trasferimento)? - Il modello di formazione ha generato capacità di "formare i formatori" (moltiplicatore interno)?	▪ % personale formato / totale target (target: ≥75%) ▪ Risultati test di competenza pre/post formazione ▪ N° tecnici biomedicali locali in grado di operare autonomamente sulle apparecchiature principali	▪ Registri di formazione ▪ Interviste semi-strutturate con personale formato ▪ Focus group con personale tecnico nelle strutture visitate
Efficienza	**DV7.** In che misura il meccanismo di Budget Support Settoriale ha funzionato come strumento di policy dialogue, orientando le scelte del governo congolese verso risultati sanitari misurabili oltre la semplice compliance documentale?		
	- Le condizionalità dell'Accordo (art. 5.3 e 5.4: >50% speso e >70% impegnato per la seconda tranche) hanno avuto un effetto addizionale sulla qualità dell'implementazione? - Il dialogo politico bilaterale ha inciso sulle decisioni allocative del MCIPPP e del MSP? - I fondi BSS sono stati gestiti in modo trasparente, tracciabile e con separazione contabile tra le due componenti?	Tempistica di rispetto delle condizionalità (ex-ante e ex-post) Variazione allocazione budget sanitario MSP 2024-2025 (effetto addizionalità vs. fungibilità) Qualità del dialogo politico: n° interazioni formali Italia-Congo oltre il COPIL Esistenza di conti separati per componente credito e dono	Accordo di Finanziamento, art. 5.3-5.4 Bilanci MSP 2024-2025 Verbali COPIL e corrispondenza AICS-MCIPPPP Rapporto Intermedio e Rapporto Finale KPMG
	DV8. I meccanismi di gestione, supervisione e procurement hanno rispettato i principi di economicità, trasparenza e rispetto dei tempi?		
	- Il COPIL ha esercitato un ruolo di supervisione effettiva o è rimasto un organo prevalentemente formale? - Sono stati rispettati i tempi del	Scostamento tra cronoprogramma previsto e effettivo (settimane di ritardo per fase) N° riunioni COPIL effettuate / previste e qualità delle decisioni adottate	Verbali COPIL Cronoprogramma Piano di Lavoro Rapporto Audit amministrativo 2025

	cronoprogramma approvato?	Risultati audit amministrativo 2025	
Impatto	**DV9.** Quali effetti significativi — previsti e imprevisti — ha prodotto il programma sulla capacità del sistema sanitario congolese di erogare servizi avanzati, diagnostici e terapeutici?		
	- In che misura l'intervento ha contribuito a ridurre il ricorso a strutture estere o alla migrazione sanitaria per prestazioni non disponibili in loco? - Sono stati registrati effetti di spillover su strutture non direttamente beneficiarie?	Variazione del tasso di mortalità materno-infantile nelle aree di intervento (SDG 3.1, 3.2) N° prestazioni diagnostiche avanzate non precedentemente disponibili attivate nelle strutture target	Statistiche MSP e OMS/Congo Rapporti Banca Mondiale su sistema sanitario congolese 2024-2025 Interviste con operatori locali e OMS Brazzaville
	DV10. In che misura il programma ha contribuito a ridurre le disparità nell'accesso ai servizi sanitari, con attenzione al genere, ai minori e alle popolazioni nelle aree meno servite?		
	- La distribuzione geografica delle 9 strutture ha garantito un accesso equo alle popolazioni delle regioni interne? - I servizi di ostetricia, neonatologia e pediatria hanno registrato miglioramenti specifici?	% beneficiari donne e minori rispetto al totale degli utenti delle strutture target Variazione accesso a servizi materno-infantili nelle strutture di aree remote Presenza di barriere finanziarie, linguistiche o geografiche all'accesso ai servizi	Registri di attività dipartimenti ostetricia/neonatologia/pediatria per struttura Focus group con pazienti e accompagnatori Dati disaggregati per genere dal sistema EASI
Sostenibilità	**DV11**. Sussistono le condizioni finanziarie e istituzionali per garantire la continuità dei benefici del programma dopo la conclusione del finanziamento italiano?		
	- Il governo congolese ha allocato fondi propri per la manutenzione delle attrezzature nel bilancio 2026-2027? - Il modello di finanziamento previsto dalla DSP è stato effettivamente attivato?	Allocazione bilancio MSP per manutenzione tecnologie biomediche 2026-2027 (€ o % sul totale) Livello di ownership locale percepita (scala 1-5)	Legge di bilancio Congo 2026 Interviste MEF-Congo Focus group con direzioni ospedaliere

		N° piani strategici istituzionali che integrano i risultati del programma	
	DV12. In che misura i risultati della Fase I forniscono una base di evidenza affidabile e scalabile per il finanziamento e la progettazione della Fase II?		
	- Il modello DSP può essere replicato a scala maggiore mantenendo i livelli di performance registrati nella Fase I? - Esistono dei rischi sistemici rilevati nel disegno della prima fase che possono pregiudicare il proseguimento della iniziativa?	Identificazione di 3-5 fattori abilitanti critici per la scalabilità del modello Identificazione di 3-5 rischi sistemici che richiedono mitigazione nella Fase II Disponibilità di evidenze quantitative sufficienti a supportare la decisione di finanziamento	Analisi comparativa Fase I vs. obiettivi Fase II Rapporto Finale KPMG Interviste a MAECI-DGCS e AICS su aspettative per la Fase II

ALLEGATO VI – Traccia Intervista Stakeholders

QUESTIONARIO PER STAKEHOLDERS

(HDP (OMS, EUD, UNDP, UNFPA, UNICEF, UNHCR, IOM, GAVI, etc.) Line Ministries, etc.)

Data

Entità ……

Funzione …….

Locailità …….

4.1 Conosce il progetto “Programma di sostegno alla Repubblica del Congo per lo sviluppo dei servizi sanitari integrati” finanziato dalla Cooperazione Italiana?

4.2 Quando le è stato presentato?

4.3 C’è stata una presentazione ufficiale o inaugurazione del progetto?

4.4 Da chi e dove è stata organizzata?

4.5 Qual è stato il suo ruolo in questo progetto?

4.6 qual è il suo mandato in ambito sanitario nel paese?

4.6 É stata realizzata la valutazione del PNDS 2023-2026?

4.7 Può condividere il rapporto?

4.8 Quali sono gli aspetti forti e deboli del PNDS passato?

4.9 Quali sono per lei le priorità per il nuovo PNDS?

4.10 Il nuovo PNDS è stato già elaborato?

4.11 Chi ha partecipato o sta partecipando all’ elaborazione del nuovo PNDS?

4.12 Come è organizzato il sistema sanitario in Congo?

4.13 Chi della Cooperazione Italiana partecipa agli HDP meetings?

4.14 Quando si parla di servizi sanitari integrati cosa si intende in Congo?

4.15 Quali sono gli aspetti che raccomanderebbe di finanziare per il nuovo PNDS?

