Ministero degli Affari Esteri
e della Cooperazione Internazionale

2026 | Rapporto di valutazione - Sintesi

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
MCIPPPP	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
MEF	Ministero dell'Economia e Finanze
MSP	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

1. CONTESTO 1
2. AMBITO DELLA VALUTAZIONE 2
3. QUADRO TEORICO E METODOLOGICO 3
3.1. Impianto metodologico 3
3.2. Fasi della valutazione 3
3.3. Modalità di raccolta e analisi dati 4
4. RISULTATI DELLA VALUTAZIONE 5
4.1. Rilevanza 5
4.2. Coerenza 7
4.3. Efficacia 9
4.4. Efficienza 11
4.5. Impatto 13
4.6. Sostenibilità 14
5. CONCLUSIONI, LEZIONI APPRESE E RACCOMANDAZIONI 17
5.1. Conclusioni 17
5.2. Lezioni apprese 19
5.3. Raccomandazioni 20

1. CONTESTO

La Repubblica del Congo si estende su 342.000 chilometri quadrati e conta, secondo il censimento RGPH-5 del 2023, 6.142.180 abitanti, con una popolazione prevalentemente femminile (50,3%) e fortemente giovane (75,3% sotto i 35 anni) e un tasso di crescita annuale del 3,2%. **L'aspettativa di vita** alla nascita nel 2022 era di 63,05 anni e la popolazione risulta fortemente concentrata: Brazzaville e Pointe-Noire ospitano il 58,2% degli abitanti, con densità demografiche estremamente disomogenee tra aree urbane e rurali. Sul piano economico, nel 2022 il PIL pro capite era di circa 2.520 USD (economia a reddito medio-basso) e nel 2023 l'Indice di Sviluppo Umano era pari a 0,593 (149° posto su 193 Paesi), in un quadro segnato da disoccupazione elevata (circa 22%, 42% quella giovanile), povertà al 52,5% (2020) e persistenti disuguaglianze territoriali e sociali nell'accesso ai servizi essenziali.

Il **diritto alla salute** è sancito dalla Costituzione del 25 ottobre 2015 e sostenuto dal Regime di Assistenza Medica Universale (RAMU), istituito con la legge n. 37-2014 e aggiornato dalla legge n. 12-2023. Nonostante il decentramento avviato dalla Legge n. 10 del 2003, il sistema sanitario continua a essere caratterizzato da disparità regionali e socioeconomiche, in particolare tra zone rurali e urbane, con ripercussioni sull'offerta, sull'accesso ai servizi e sulla salute pubblica.

Il sistema sanitario è organizzato secondo una **struttura piramidale a tre livelli** (échelons), definita dal PNDS 2023-2026 e dal decreto presidenziale n. 551 del 15 ottobre 2020. Il primo livello, dedicato alle cure di base, è erogato dai Centri Sanitari Integrati (CSI), insieme a dispensari e strutture ambulatoriali, con partecipazione comunitaria tramite COGES e COSA. Il secondo livello è costituito dagli Ospedali di Riferimento di Distretto (HRD), riferimento per i CSI e cardine del Distretto Sanitario, con missioni definite dal Decreto n. 2020-552 (cure di qualità, salute materno-infantile, continuità e riferimento delle cure, sanità pubblica, formazione e sorveglianza). Il terzo livello comprende gli Ospedali Generali (HG) dipartimentali e le strutture sotto tutela diretta del livello centrale, con funzione terziaria e supervisione del Gabinetto del Ministro.

Il quadro strategico è definito dalla **Politica Sanitaria Nazionale** (PNS) 2018-2030, che ambisce a un sistema sanitario efficiente e resiliente in grado di garantire l'accesso universale, tradotta operativamente nel Piano Nazionale di Sviluppo Sanitario (PNDS) 2023-2026. Negli ultimi anni il governo ha rafforzato il quadro normativo con nuovi decreti sull'organizzazione del Ministero della Salute e della Popolazione (MSP), l'adozione di quindici leggi sugli ospedali generali e la suddivisione del Paese in 52 distretti sanitari; permangono tuttavia carenze, in particolare l'insufficienza dei testi applicativi del PNDS e i ritardi nei testi attuativi del nuovo assetto del MSP.

Progressi significativi si registrano nella gestione delle emergenze sanitarie, con miglioramenti negli indici di capacità (dal 44% del 2017 al 54% del 2019), protezione e preparazione, e l'attuazione dei piani nazionali per la sicurezza sanitaria (PANSS). Restano tuttavia sfide rilevanti: mobilitazione limitata delle risorse interne, insufficienti capacità di sorveglianza, sistema basato sugli eventi ancora incompleto, capacità limitate ai punti di ingresso e mancata operatività della rete nazionale di laboratori.

Con il decreto n. 2024-2696 del 18 novembre 2024 è stata istituita una **piattaforma nazionale** «Una sola salute», mentre diversi Ministeri agiscono sui determinanti sociali della salute. Nell'ambito del PNDS 2023-2026, l'MSP ha intensificato l'advocacy per gli SDG sanitari e per gli impegni della Dichiarazione di Abuja (15% del bilancio nazionale alla salute), a fronte del principio di gestione efficiente e responsabile delle risorse. Il Congo è affiancato da un ampio **partenariato tecnico e finanziario (PTF)**: agenzie ONU (OMS, UNICEF, UNFPA, PAM, UNHCR, UNDP, UNESCO, FAO, UNAIDS), istituzioni multilaterali (Banca Mondiale, Gavi, Fondo Globale, Unione Europea), cooperazioni bilaterali (Francia, Russia, Stati Uniti, Cina, Italia) e ONG, con l'OMS in funzione di consulenza e facilitazione del dialogo politico presso l'MSP.

2. AMBITO DELLA VALUTAZIONE

Il **programma AID013158** è stato formulato sulla base di una richiesta del Governo congolese e del Documento di Progetto trasmesso dal Ministero della Cooperazione Internazionale e della Promozione del Partenariato Pubblico-Privato (MCIPPPP). L'iniziativa, classificata come aiuto bilaterale slegato, presentava una durata prevista di 36 mesi e una dotazione finanziaria complessiva di 45 milioni di euro, costituita da un credito concessionale di 35 milioni, e da una componente a dono di 10 milioni.

L'obiettivo generale del programma era contribuire al miglioramento dell'accesso e all'ampliamento della copertura dei servizi sanitari per la popolazione della Repubblica del Congo. A questo si collegava l'obiettivo specifico di adeguare le strutture sanitarie del Paese, portandole a uno standard prestazionale più elevato. L'intervento si è articolato intorno a **tre risultati attesi e a quattro assi complementari**: adeguamento infrastrutturale e miglioramento dell'efficienza idro-energetica; manutenzione, sostituzione e acquisizione di apparecchiature biomediche; formazione continua del personale tecnico e sanitario; creazione o rafforzamento di strutture tecnico-gestionali locali e di un centro di coordinamento centrale digitalizzato per la gestione e la manutenzione della piattaforma tecnica.

La modalità di finanziamento prescelta è stata quella del **sostegno al bilancio settoriale** (BSS), attraverso il quale le risorse sono trasferite direttamente al bilancio dello Stato congolese nel settore sanitario. Tale modalità è finalizzata a valorizzare il **principio di *ownership***, attribuendo alla controparte nazionale la responsabilità della programmazione, della gestione e dell'utilizzo delle risorse, in coerenza con i piani strategici di settore. Il soggetto esecutore è l'MCIPPPP, che ha deciso di avvalersi, in conformità alla normativa congolese, di una **Delega di Servizio Pubblico (DSP)** per l'affidamento a un operatore specializzato delle attività di acquisizione di beni e servizi.

Il modello è stato concepito in un'ottica di **sostenibilità e replicabilità**. La formazione del personale, la creazione di competenze locali nell'ingegneria biomedica e l'istituzione di un sistema centralizzato per la gestione della piattaforma tecnica dovrebbero accrescere progressivamente l'autonomia del Ministero della Salute e delle strutture sanitarie nella gestione e manutenzione delle attrezzature. Parallelamente, l'esperienza maturata nelle strutture inizialmente selezionate dovrebbe costituire una base operativa e conoscitiva per l'estensione del modello ad altre strutture e aree del Paese.

Il progetto è stato formalmente avviato il 15 luglio 2025. L'intervento ha interessato sei ospedali generali (Adolphe Sice, Blanche Gomez, Loandjili, Dolisie, 31 Juillet d'Owando ed Edith Lucie Bongo Ondimba/Oyo) e tre strutture di secondo livello: Makélékélé, Talangaï e il Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS). Il Piano di lavoro del maggio 2025 ha circoscritto gli interventi tecnici ad alcuni reparti prioritari, quali terapia intensiva, sala operatoria, neonatologia e pronto soccorso, anziché prevedere l'adeguamento complessivo delle strutture.

La **valutazione**, impostata secondo i criteri OCSE-DAC, è stata chiamata non soltanto a rendicontare i risultati conseguiti, ma anche a produrre evidenze utili a **orientare le decisioni** sulle eventuali fasi successive. L'analisi ha pertanto riguardato l'efficacia dell'intervento e i primi effetti sulla capacità degli ospedali di erogare servizi di qualità; la sostenibilità delle soluzioni tecniche e organizzative introdotte; la coerenza con le politiche sanitarie congolesi, le priorità della Cooperazione italiana e gli interventi degli altri partner; nonché l'adeguatezza della modalità BSS sotto il profilo della governance, della tracciabilità della spesa, delle condizionalità e dell'efficienza. La valutazione doveva inoltre identificare i fattori abilitanti e i rischi connessi alla prosecuzione del programma, e alla sua replicabilità e scalabilità, producendo conclusioni e raccomandazioni utili alla futura programmazione del MAECI-DGCS, anche nel quadro del Piano Mattei per l'Africa.

3. QUADRO TEORICO E METODOLOGICO

3.1. Impianto metodologico

La valutazione è stata condotta in conformità ai criteri OCSE-DAC del 2019, alle Linee Guida della DGCS per la valutazione d'impatto degli interventi di cooperazione allo sviluppo e ai principi di utilità, credibilità, indipendenza, imparzialità, trasparenza ed eticità. Il processo ha adottato un'impostazione *utilisation-focused*, finalizzata a produrre evidenze affidabili sui risultati della prima fase e sulle condizioni necessarie per orientare la decisione relativa all'eventuale finanziamento di una seconda fase, formalmente richiesta dal Governo congolese.

L'impianto metodologico ha integrato tre approcci complementari. Il *Results-Based Approach* è stato utilizzato per analizzare le evidenze rispetto agli output e agli outcome del Quadro Logico, mentre il *Theory-Based Approach* ha permesso di esaminare le ipotesi causali sottostanti al disegno dell'intervento e di verificare la validità della Teoria del Cambiamento. Per l'analisi del sostegno al bilancio settoriale è stato inoltre adottato un approccio in tre passaggi, basato sulla *contribution analysis* della relazione tra input e output, sull'*attribution analysis* della relazione tra outcome e impatto e su una successiva analisi integrata.

La Teoria del Cambiamento elaborata durante la fase di avvio è stata verificata criticamente attraverso l'analisi documentale e la missione di terreno, distinguendo le ipotesi confermate da quelle non verificate e individuando i fattori contestuali che hanno condizionato la catena causale. Particolare attenzione è stata dedicata al rapporto tra il modello di gestione integrata basato sulla Delega di Servizio Pubblico e l'effettiva capacità delle strutture sanitarie di sviluppare un'autonomia duratura nella gestione e manutenzione delle tecnologie biomediche. Le domande valutative sono state quindi articolate intorno ai sei criteri OCSE-DAC, con una particolare enfasi sull'impatto e sulla sostenibilità, in considerazione della funzione prospettica della valutazione.

3.2. Fasi della valutazione

Il processo si è articolato in **tre fasi: avvio, raccolta e analisi dei dati, redazione del rapporto**. La fase di avvio, realizzata tra giugno e l'inizio di luglio 2026, ha incluso il *kick-off meeting* del 18 giugno presso il MAECI a Roma, le interviste preliminari con AICS, l'Ambasciata italiana a Brazzaville e alcuni stakeholder locali, nonché l'esame iniziale della documentazione disponibile. Sulla base delle informazioni raccolte sono state identificate le principali lacune informative, definite le condizioni operative e logistiche della missione e predisposto il Rapporto di Avvio, presentato il 1° luglio e approvato l'8 luglio 2026.

La **missione di terreno** si è svolta dal 5 al 19 luglio 2026 e ha interessato le strutture sanitarie di Brazzaville, Pointe-Noire, Oyo e Owando. Le visite, le interviste e gli incontri collettivi sono stati realizzati mediante tracce semi-standardizzate, adattate alle diverse categorie di interlocutori. La missione è stata parzialmente condotta in parallelo con il monitoraggio finale di AICS e si è conclusa con una sessione di restituzione preliminare agli stakeholder locali e con la consegna al MAECI-DGCS di una nota sintetica sui primi risultati. La fase di reportistica, svolta tra agosto e settembre 2026, ha previsto la preparazione del rapporto provvisorio, la discussione delle osservazioni del Committente e la successiva finalizzazione del documento.

3.3. Modalità di raccolta e analisi dati

La valutazione ha adottato un **disegno a metodi misti**, combinando dati quantitativi e qualitativi e fonti primarie e secondarie. La specificità del Budget Support Settoriale, attuato attraverso una Delega di Servizio Pubblico, ha richiesto di analizzare separatamente la gestione delle risorse trasferite al bilancio dello Stato congolese e la produzione degli output tecnici affidata a un operatore privato, privo di rapporti contrattuali diretti con il donatore italiano.

La strategia di raccolta è stata condizionata dall'assenza di una baseline formalizzata, dalla mancata operatività del Comitato Tecnico di Monitoraggio e dalle criticità relative alla tracciabilità finanziaria, in particolare alla separazione contabile tra credito e dono e ai pagamenti effettuati dall'operatore ai subappaltatori. Per compensare tali carenze, la valutazione ha costruito progressivamente evidenze convergenti, sottoponendole a triangolazione sistematica. La situazione iniziale è stata ricostruita, per quanto possibile, attraverso i dati del Sistema Informativo Sanitario, del PNDS 2023-2026, dell'OMS e della Banca Mondiale, integrati con documenti più recenti.

L'analisi desk ha riguardato i documenti progettuali ufficiali, i materiali prodotti dai diversi attori durante l'attuazione e la documentazione normativa e strategica nazionale e internazionale. Non è stato tuttavia possibile ricostruire una baseline sufficientemente affidabile per un'analisi controfattuale, a causa dell'eterogeneità delle fonti, dell'assenza di dati disaggregati per i singoli reparti delle nove strutture, della debole corrispondenza tra dati disponibili e target del Quadro Logico e dell'impossibilità di accedere ai dati del primo inventario e ai report del sistema EASI. Analogamente, l'indisponibilità del contratto completo tra MCIPPPP e l'operatore privato e dei relativi dati gestionali non ha consentito di verificare pienamente le performance contrattuali del modello DSP.

L'analisi di terreno ha raccolto evidenze primarie mediante osservazioni dirette, interviste semi-strutturate e incontri collettivi con personale sanitario e tecnico, pazienti, accompagnatori e rappresentanti della società civile. Le visite hanno verificato le aree di installazione delle apparecchiature, i laboratori tecnici ospedalieri, gli adeguamenti infrastrutturali e la disponibilità della documentazione operativa e di manutenzione. Le interviste hanno coinvolto gli attori della governance bilaterale e sanitaria, le direzioni ospedaliere e il personale dei reparti, mentre il confronto con OMS, UNFPA, Fondo Globale e Banca Mondiale ha permesso di approfondire la coerenza esterna e le possibili sinergie o sovrapposizioni con altri interventi.

L'impianto metodologico ha infine dovuto tenere conto della prevalente natura realizzativa e di processo degli indicatori e della forte contrazione dei tempi di esecuzione rispetto ai tre anni previsti. Tali condizioni hanno limitato la possibilità di misurare cambiamenti strutturali nelle capacità diagnostiche e terapeutiche o effetti di medio periodo sulla salute e sui comportamenti di accesso alle cure. La valutazione ha pertanto adottato un approccio prevalentemente qualitativo, orientato all'analisi della funzionalità delle soluzioni introdotte, delle percezioni degli stakeholder e dei primi segnali di cambiamento, piuttosto che a una misurazione rigorosa dell'impatto in senso controfattuale.

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?

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

I tre pilastri dell'intervento (ammodernamento tecnologico, formazione e manutenzione integrata) **risultano complessivamente adeguati** ad affrontare con le principali criticità del sistema ospedaliero congolese identificate nel Documento di Progetto e nel PNDS 2023-2026: obsolescenza e malfunzionamento delle apparecchiature, insufficienza dei ricambi, limitata tracciabilità degli asset e carenza di competenze per il loro utilizzo e la loro manutenzione. A queste problematiche il programma ha risposto attraverso la sostituzione e l'installazione di tecnologie biomediche, la formazione del personale e la creazione di centri di manutenzione e sistemi informatizzati di gestione.

La rilevanza generale dell'impostazione è stata tuttavia indebolita dalla **limitata presenza di un processo partecipativo** e documentato per la selezione delle strutture e la definizione delle priorità **a livello di singolo ospedale** e reparto. Il limitato coinvolgimento delle direzioni ospedaliere e degli operatori ha comportato, in alcuni casi, l'introduzione di forniture in contesti non pienamente adeguati. Anche la formazione si è concentrata prevalentemente sull'uso delle apparecchiature, senza affrontare in misura sufficiente le competenze in manutenzione da parte del personale interno e l'appropriatezza clinica delle diagnosi assistite dalle nuove tecnologie.

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

La **Delega di Servizio Pubblico** non risulta inappropriata in linea di principio: è compatibile con il quadro normativo congolese, valorizza precedenti esperienze del Paese e ha consentito di mobilitare rapidamente competenze specialistiche, standardizzare le forniture e migliorare la continuità degli interventi tecnici. Il modello effettivamente applicato presenta però caratteristiche più vicine a un **contratto di *global service*** che a una DSP in senso stretto, poiché l'operatore è remunerato attraverso un canone fisso finanziato con risorse pubbliche, anziché in funzione dei risultati del servizio e con l'assunzione del relativo rischio operativo.

La principale criticità risiede nella sovrapposizione tra la logica del Budget Support Settoriale e una gestione di fatto assimilabile a quella di un progetto tradizionale affidato a un operatore privato. Il coinvolgimento limitato dei Ministeri della Salute e delle Finanze e delle rispettive direzioni tecniche ha di fatto **indebolito l'ownership istituzionale**, mentre il **trasferimento di competenze** ai tecnici

locali è rimasto parziale, generando rischi per la sostenibilità. Non emergono prove che un modello alternativo sarebbe stato necessariamente più efficace; sarebbe stato piuttosto necessario integrare meglio BSS e DSP, chiarire ruoli e responsabilità e prevedere un percorso verificabile di appropriazione pubblica delle competenze e dei sistemi di manutenzione.

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?

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

Il programma risulta **sostanzialmente coerente con il PNDS 2023-2026**, sebbene la definizione di una "seconda fase di sviluppo dei servizi sanitari avanzati", utilizzata nel Documento di Progetto, non trovi un riscontro formale nel Piano nazionale, che organizza gli interventi per programmi e sottoprogrammi attuati simultaneamente ai diversi livelli del sistema sanitario. Anche il riferimento alle Azioni 1, 5 e 8 del Sottoprogramma 3.1 appare solo parzialmente pertinente, poiché le prime due riguardano prevalentemente i distretti sanitari e gli ospedali di riferimento di secondo livello. L'iniziativa è invece direttamente riconducibile **all'Azione 6**, dedicata al mantenimento e allo sviluppo degli Ospedali Generali, e risponde alle carenze di dotazioni tecniche e manutenzione identificate dal PNDS.

L'intervento risulta inoltre **complementare alla Strategia di Cooperazione dell'OMS per il Congo** 2025-2028. Mentre l'azione operativa dell'OMS si concentra soprattutto sulla rivitalizzazione dei distretti sanitari e sull'assistenza primaria, il **programma italiano rafforza la componente ospedaliera** e terziaria, posta sotto la responsabilità diretta del livello centrale del Ministero della Salute. Il programma si colloca quindi a valle dell'azione dell'OMS, secondo la logica della piramide sanitaria nazionale; tale complementarità è tuttavia soprattutto strategica e documentale e non corrisponde a una sequenza formalizzata in due fasi all'interno del PNDS.

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

L'inclusione dei gruppi vulnerabili nel disegno dell'intervento risulta parziale e non fondata su criteri espliciti. La selezione delle strutture ha privilegiato **Brazzaville e Pointe-Noire, dove si concentra gran parte della popolazione**, piuttosto che le aree remote e geograficamente svantaggiate. Sebbene il progetto prevedesse interventi su maternità, neonatologie e sale operatorie, la salute materno-neonatale non è stata assunta come priorità trasversale e le direzioni competenti del Ministero della Salute, gli ospedali e i partner specializzati (UNFPA, OMS e Banca Mondiale) non sono stati coinvolti sistematicamente nella definizione iniziale dei bisogni.

Il progetto **non ha inoltre previsto misure complementari** per facilitare l'accesso agli ospedali da parte delle popolazioni più isolate, quali sistemi di trasporto sanitario, reti di riferimento dai centri periferici o case di attesa per le donne con gravidanze a rischio. Ne consegue che donne e neonati possono beneficiare indirettamente del rafforzamento di alcune strutture, ma il **disegno non può considerarsi esplicitamente orientato alla vulnerabilità**, all'equità territoriale o al superamento delle barriere di accesso che colpiscono le popolazioni rurali e remote.

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?

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?

Il ricorso alla **Delega di Servizio Pubblico non risulta essere stato discusso** e concordato formalmente con il Governo italiano in sede di approvazione dell'iniziativa. La Delibera del Comitato Congiunto, la Nota informativa della DGCS e l'Accordo intergovernativo descrivono l'intervento come sostegno al bilancio settoriale e riconoscono alla controparte congolese autonomia sulle modalità esecutive, senza menzionare specificamente la DSP. Sebbene il Documento di Progetto e la richiesta di finanziamento congolesi indicassero la DSP come modalità auspicata, il relativo contratto, la procedura di selezione dell'operatore e il riferimento normativo sono stati definiti autonomamente dal Governo congolese e non sono stati sottoposti alla negoziazione o alla validazione di AICS.

La **mancanza di un raccordo preventivo** tra gli atti del finanziamento italiano e quelli relativi alla DSP ha generato **difformità interpretative** riguardo alla durata, agli obiettivi e alle attività del programma. La proposta originaria prevedeva infatti un orizzonte quinquennale, la Convenzione finanziaria fissava un termine di erogazione di 36 mesi e il Piano di lavoro, pur richiamando una durata di 36 mesi, descriveva attività e spese riferite al primo di cinque anni. La DSP è stata quindi assunta dalla parte italiana come una modalità esecutiva già definita dalla controparte, senza essere integrata in maniera puntuale nel quadro programmatico e finanziario dell'iniziativa.

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

Si sono manifestate **difficoltà di conciliazione** tra la logica del Budget Support Settoriale, fondata sull'ownership e sulla responsabilità delle istituzioni pubbliche congolesi, e quella della DSP, basata su un rapporto contrattuale con un unico operatore privato remunerato attraverso p**agamenti forfettari**. I tempi, le procedure e i sistemi di rendicontazione dei due meccanismi non sono stati sincronizzati, mentre il Comitato di Pilotaggio ha prevalentemente validato ex post i rapporti dell'auditor, **senza disporre di un quadro integrato che collegasse le condizionalità del BSS agli obiettivi e agli indicatori contrattuali della DSP**.

Questa separazione si è manifestata soprattutto nella **gestione finanziaria e nel monitoraggio**: l'audit ha verificato la conformità delle prestazioni al Piano di lavoro, secondo la logica della DSP, senza collegare tali risultati alle condizionalità proprie del sostegno al bilancio. Le tensioni non hanno impedito la realizzazione tecnica delle attività programmate, ma evidenziano un deficit di progettazione istituzionale. La combinazione dei due strumenti avrebbe richiesto, fin dall'approvazione, un **sistema unitario di programmazione, supervisione e rendicontazione** capace di raccordare ownership pubblica, condizionalità finanziarie e risultati dell'operatore privato.

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

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

I **meccanismi di coordinamento** sono risultati prevalentemente circoscritti alle riunioni del Comitato di Pilotaggio e **non pienamente adeguati alla complessità** dell'intervento. Il trasferimento della competenza dalla sede AICS di Niamey a quella di Abidjan dopo l'avvio del progetto ha limitato la continuità dell'accompagnamento tecnico: AICS Abidjan ha partecipato ad alcune visite e al COPIL, ma non ha esercitato una supervisione operativa continuativa, anche perché l'iniziativa era formalmente considerata un sostegno al bilancio, di esclusiva competenza congolese. L'Ambasciata italiana a Brazzaville ha assicurato un **efficace presidio diplomatico** e facilitato le comunicazioni, ma l'assenza di una struttura tecnica AICS stabile nel Paese ha ridotto la capacità di monitorare regolarmente la fase di avvio e la consegna delle apparecchiature.

Anche il **coordinamento con le istituzioni congolesi e i partner internazionali è stato limitato**. Le direzioni tecniche del Ministero della Salute e i direttori degli ospedali sono stati coinvolti solo marginalmente, mentre OMS, UNFPA e gli altri partner hanno ricevuto per lo più informazioni frammentarie. Particolarmente rilevante è il **mancato raccordo con la Banca Mondiale**, che aveva acquistato apparecchiature per alcune delle medesime strutture, determinando un rischio concreto di duplicazione e impedendo di valorizzare possibili sinergie nelle forniture, nella manutenzione e nella formazione.

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?

La Fase I del programma italiano risulta **strategicamente complementare all'azione dell'OMS**, ma non può essere considerata una componente operativamente integrata della rivitalizzazione dei distretti sanitari. L'OMS interviene principalmente sui primi due livelli della piramide sanitaria (Centri Sanitari Integrati e Ospedali di Riferimento di Distretto), rafforzando cure primarie, partecipazione comunitaria e salute materno-neonatale. **Il programma italiano si concentra invece sul terzo livello**, costituito dagli Ospedali Generali posti sotto la responsabilità del livello centrale. I due interventi condividono quindi i riferimenti generali del PNDS 2023-2026, della copertura sanitaria universale e dell'SDG 3, operando però su livelli istituzionali e funzionali differenti.

L'assenza di un dialogo strutturato tra il programma italiano e l'OMS ha impedito di trasformare tale complementarità strategica in **sinergie operative**. Non sono stati sviluppati collegamenti sistematici tra ospedali generali e rete distrettuale, né iniziative congiunte sulla partecipazione comunitaria, sulla salute materno-neonatale, sulla gestione dei farmaci, sulla vaccinazione o sui meccanismi territoriali di riferimento. Le duplicazioni non possono pertanto considerarsi pienamente escluse e le opportunità di integrazione con il programma OMS e con gli altri partner non sono state sufficientemente sfruttate.

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?

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

Le forniture previste risultano sostanzialmente completate. Il rapporto finale di audit certifica che le apparecchiature sono state installate, verificate, inventariate e registrate nel sistema di gestione; le 45 tecnologie che nel rapporto intermedio risultavano consegnate ma non ancora installate sono state successivamente poste in opera. Complessivamente, **il sistema EASI** censisce 5.969 apparecchiature, comprendenti sia quelle fornite dal programma sia quelle preesistenti affidate al servizio di gestione integrata.

L'installazione **non coincide tuttavia sempre con la piena operatività clinica**. Nelle terapie intensive di Makélékélé, Talangaï e Adolphe Sicé, alcune tecnologie non erano pienamente utilizzabili per il mancato collegamento alle reti dei gas medicali; ulteriori criticità infrastrutturali riguardavano, tra l'altro, la produzione di ossigeno a Dolisie, gli impianti di radioprotezione ad Adolphe Sicé e l'ascensore e la climatizzazione a Loandjili. Sebbene tali interventi fossero esterni al perimetro della DSP, la loro mancata verifica preventiva **ha ritardato la messa in servizio** di parte delle apparecchiature e ne ha ridotto il potenziale utilizzo.

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

Secondo il rapporto finale di audit, **EASI è attivo** negli otto ospedali inclusi nel perimetro contrattuale e gli accessi sono stati attribuiti ai punti focali tecnici delle strutture e del Ministero della Salute. Il CNTS costituisce l'unica eccezione: per le dimensioni limitate del parco tecnologico e l'assenza di locali adeguati, la gestione e la tracciabilità delle apparecchiature sono assicurate attraverso il sistema dell'Ospedale Materno-Infantile Blanche Gomes.

Le evidenze di campo restituiscono però un quadro meno consolidato. La piattaforma è ancora **prevalentemente amministrata dall'operatore privato**, mentre **il personale ospedaliero dispone di un coinvolgimento limitato** nella gestione effettiva e nell'accesso alla documentazione tecnica. Poiché il Team di Valutazione non ha potuto accedere direttamente al sistema e ai relativi log, non è stato possibile verificare in modo indipendente la qualità dei dati, i tempi di risoluzione dei guasti, la disponibilità delle apparecchiature e l'effettivo grado di appropriazione dello strumento da parte delle istituzioni congolesi.

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

I laboratori tecnici e i call center risultano generalmente attivati e funzionanti. La missione di valutazione ha verificato la riabilitazione dei locali, la disponibilità delle principali componenti per la manutenzione e l'operatività dei sistemi di presa in carico delle richieste. Permangono due eccezioni organizzative: il CNTS è coperto dal laboratorio di Blanche Gomes, mentre il laboratorio di Loandjili non è ancora pienamente operativo ed è temporaneamente supportato da quello di Adolphe Sicé.

La principale criticità riguarda la sostenibilità del modello. Il personale dei laboratori dipende quasi interamente dall'operatore privato e non risulta definito un meccanismo per il suo progressivo

trasferimento alle strutture ospedaliere o al Ministero della Salute. I laboratori, i tecnici dedicati e la piattaforma EASI operano pertanto come **un'infrastruttura ancora parallela** rispetto al sistema ministeriale di formazione e manutenzione, limitando l'appropriazione pubblica e la continuità dei servizi dopo la conclusione della DSP.

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

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 raggiungimento del target del 75% del personale con competenze migliorate **non è verificabile**. Il progetto non ha prodotto l'assessment iniziale necessario a definire la baseline e non sono disponibili i risultati dei test post-formazione previsti dal Quadro Logico. Le interviste indicano che le attività di manutenzione continuano a essere svolte prevalentemente dai tecnici dell'operatore privato; il personale locale partecipa all'affiancamento, ma **non sono disponibili evidenze documentate sul livello di autonomia** raggiunto. Le valutazioni positive espresse dalle direzioni ospedaliere riguardano soprattutto la qualità professionale dei tecnici dell'operatore privato, non l'effettivo trasferimento delle competenze al personale degli ospedali.

La **formazione** ha inoltre riguardato principalmente l'utilizzo e la manutenzione delle apparecchiature, senza includere una componente clinica orientata al miglioramento della diagnosi e della cura. La **concentrazione delle attività in circa sei mesi** ha ulteriormente limitato la possibilità di consolidare e verificare le capacità acquisite: un effettivo trasferimento di know-how richiede infatti affiancamento prolungato, pratica supervisionata e valutazione progressiva dell'autonomia. Le evidenze raccolte indicano pertanto un **processo formativo avviato e apprezzato, ma ancora parziale** e non sufficientemente documentato per dimostrare il conseguimento quantitativo e qualitativo del target.

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

Il modello non ha ancora generato una capacità strutturata di "formare i formatori". L'affiancamento *on the job* tra tecnici dell'operatore e personale locale costituisce una **pratica promettente**, ma resta basato sul trasferimento diretto tra formatore e discente e non prevede figure locali formalmente abilitate a formare nuovo personale. Il **trasferimento di competenze è quindi ancora in corso** e non si è trasformato in un meccanismo moltiplicatore capace di estendersi autonomamente all'interno degli ospedali o verso altre strutture.

Il progetto non dispone di un curriculum formalizzato, di certificazioni, di formatori locali dedicati o di un sistema strutturato di mentoring e coaching. La creazione di tale capacità richiederebbe **l'integrazione con la politica nazionale delle risorse umane** e partnership con organismi quali UNESCO, OMS ed enti congolesi di formazione professionale. Anche la mancanza di una filiera organizzata per i ricambi e di contatti condivisi con i fornitori limita la futura autonomia dei tecnici. Il modello presenta pertanto un **potenziale significativo, ma necessita di istituzionalizzazione**, risorse e tempi più lunghi per produrre un effettivo moltiplicatore interno.

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?

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?

Le condizionalità previste per l'erogazione della seconda tranche (almeno il 50% della prima tranche speso e almeno il 70% formalmente impegnato) hanno prodotto un **effetto addizionale soprattutto sulla rapidità dell'esecuzione** e sulla disciplina della rendicontazione finanziaria. Le soglie hanno incentivato l'operatore a mobilitare rapidamente le proprie capacità logistiche, contribuendo ad **accelerare la fornitura e l'installazione delle apparecchiature**. Il meccanismo era tuttavia esclusivamente quantitativo-finanziario e misurava la capacità di assorbimento delle risorse, **senza considerare la qualità tecnica delle realizzazioni**, la corrispondenza con i bisogni sanitari o il rafforzamento istituzionale.

L'assenza di indicatori paralleli relativi alla sostenibilità, al trasferimento di competenze e allo sviluppo delle capacità del Ministero della Salute costituisce pertanto un **limite strutturale**. Le condizionalità hanno favorito la compliance e la velocità di spesa, ma non hanno orientato direttamente il programma verso risultati sanitari misurabili. Tale funzione avrebbe richiesto un sistema di monitoraggio tecnico collegato all'erogazione delle tranche, che il previsto Comitato Tecnico di Monitoraggio non ha potuto svolgere, non essendo stato istituito.

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

Il **dialogo politico bilaterale** ha rafforzato l'allineamento formale con il PNDS 2023-2026, **la visibilità dell'iniziativa** e le relazioni tra Italia e Repubblica del Congo, ma **ha inciso in misura limitata sulle decisioni allocative** operative. La scelta delle priorità, delle strutture, delle forniture e delle modalità di esecuzione è rimasta sostanzialmente nelle mani del MCIPPPP, mentre il Ministero della Salute, le sue direzioni tecniche e gli ospedali hanno avuto un coinvolgimento più circoscritto. **Il finanziamento italiano ha quindi rappresentato soprattutto una risorsa aggiuntiva, senza modificare in profondità la governance settoriale**.

Le missioni istituzionali italiane hanno contribuito alla legittimazione politica del programma e ad accelerare la richiesta congolese di una seconda fase, ma non hanno generato una reale codecisione sulle priorità sanitarie e sull'allocazione delle risorse. Le persistenti difficoltà di comunicazione tra MCIPPPP, Ministero della Salute e direzioni ospedaliere mostrano che il policy dialogue non è stato sostenuto da un meccanismo tecnico, strutturato e documentato capace di accompagnare l'attuazione e orientare le decisioni verso risultati sanitari condivisi.

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

Il rapporto finale di audit conferma la **separazione contabile** tra il credito concessionale di 35 milioni di euro e la componente a dono di 10 milioni. La riconciliazione tra erogazioni, evidenze bancarie, trasferimenti all'operatore e fatture non ha rilevato scostamenti ingiustificati, confermando la

tracciabilità dei flussi fino al beneficiario operativo. Tale giudizio offre tuttavia un livello di assicurazione ragionevole, non assoluto: le verifiche sui pagamenti ai fornitori sono state effettuate su base campionaria e il rapporto finale si è concentrato sulla coerenza formale dei flussi, senza ripetere l'analisi approfondita della congruità economica realizzata in precedenza.

La separazione tra credito e dono è rimasta inoltre limitata al livello dei flussi finanziari e **non si è tradotta in una distinta attribuzione delle spese e dei risultati**. Il pagamento forfettario previsto dalla DSP comprende cumulativamente forniture, manutenzione e formazione, senza permettere di individuare quale componente abbia finanziato ciascuna attività. Non è quindi possibile isolare il contributo specifico del dono al rafforzamento delle capacità, né rendicontare separatamente i risultati ottenuti attraverso le risorse non rimborsabili.

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

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

Il COPIL non è rimasto un organo meramente formale: ha validato i documenti di audit e formulato rilievi tecnici puntuali riguardanti la separazione dei fondi, gli adeguamenti infrastrutturali, il collegamento dei gas medicali, l'approvvigionamento dei ricambi, la formazione del personale e il coinvolgimento delle direzioni ospedaliere. **La sua azione è stata tuttavia ostacolata dall'assenza di un quadro unitario di monitoraggio**. Il Quadro Logico AICS, gli indicatori generici del Documento di Progetto e i KPI della DSP non sono stati raccordati, mentre il previsto assessment iniziale non è stato realizzato. Il Piano di lavoro, inoltre, conteneva attività e spese, ma non indicatori di risultato verificabili.

La capacità del COPIL di tradurre le proprie osservazioni in azioni correttive è rimasta limitata. Nel febbraio 2026 diverse criticità segnalate tre mesi prima risultavano ancora irrisolte, con conseguenti ritardi nella piena messa in funzione delle apparecchiature. Lo stesso Comitato ha riconosciuto la necessità di strumenti più efficaci di supervisione e ha proposto un Comitato Tecnico di Monitoraggio, che non risulta essere stato attivato. Il COPIL ha quindi esercitato una supervisione sostanziale sul piano dell'analisi e della segnalazione, ma meno efficace sul piano della verifica delle azioni correttive e della loro tempestiva attuazione.

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

Il rispetto dei tempi deve essere valutato distinguendo il Piano di lavoro della prima annualità dal più ampio orizzonte del programma. La proposta congolese originaria prevedeva cinque anni, la Convenzione finanziaria italiana un periodo di erogazione di 36 mesi, mentre il Piano di lavoro ha disciplinato in dettaglio soltanto il primo anno. Questa sovrapposizione di riferimenti temporali ha prodotto una ridefinizione implicita dell'intervento in fasi successive, senza una chiara formalizzazione condivisa, generando aspettative sulla prosecuzione del finanziamento e un rischio di discontinuità tra una fase e l'altra.

Rispetto alla prima annualità, l'esecuzione è stata molto rapida: le apparecchiature ancora da installare e le attività tecniche incomplete rilevate nel dicembre 2025 risultavano regolarizzate nel rapporto finale del marzo 2026. Alla stessa data erano stati registrati 1.464 interventi di manutenzione e, per i guasti bloccanti, il termine di 24 ore risultava rispettato nel 93% dei casi. La compressione temporale è stata efficace per la componente di fornitura, ma meno appropriata per

formazione e manutenzione, che richiedono un orizzonte più lungo per consolidare le competenze locali e verificare la sostenibilità dei risultati. **I tempi operativi del Piano di lavoro sono stati dunque sostanzialmente rispettati, ma non risultano pienamente coerenti con la durata e la logica originaria dell'intervento.**

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?

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?

L'intervento ha rafforzato una delle condizioni necessarie per ridurre il ricorso a strutture estere, **migliorando la dotazione tecnologica dei servizi diagnostici, dei pronto soccorso e delle sale operatorie**. È tuttavia ancora **prematuro** osservare una diminuzione misurabile delle evacuazioni o della migrazione sanitaria. I dati disponibili sui volumi di attività degli ospedali riflettono il loro funzionamento complessivo e non permettono di isolare gli effetti specifici del programma. **Manca inoltre una strategia di informazione sui nuovi servizi** e un sistema di riferimento che consenta alle strutture territoriali di indirizzare i pazienti verso gli ospedali riabilitati.

La disponibilità di tecnologie rappresenta soltanto una delle determinanti della scelta di curarsi all'estero. Persistono carenze infrastrutturali, limitata disponibilità di farmaci e personale specializzato, debolezza dei sistemi trasfusionali e insufficienti protocolli per la sicurezza delle cure e il controllo delle infezioni. Anche la fiducia della popolazione, la copertura finanziaria delle prestazioni e la conoscenza dei servizi disponibili incidono sulla migrazione sanitaria. Il programma ha quindi creato un potenziale per ridurre il ricorso all'estero, ma tale effetto richiede interventi complementari sulla qualità clinica, sulle competenze, sul referral, sulla comunicazione e sull'accessibilità economica.

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

Non sono stati finora rilevati effetti di spillover significativi verso strutture non direttamente beneficiarie. Le attività di fornitura, manutenzione e formazione rimangono concentrate nelle nove strutture selezionate e **non sono stati previsti meccanismi sistematici di diffusione delle competenze** o di estensione dei servizi al resto della rete sanitaria. Anche gli operatori locali tendono a privilegiare l'ampliamento dell'intervento ad altri reparti dello stesso ospedale piuttosto che il supporto a strutture esterne.

Esistono tuttavia potenziali ricadute sistemiche non ancora valorizzate. La **diffusione di informazioni** sui nuovi servizi potrebbe orientare meglio i pazienti e alleggerire altre strutture; **l'integrazione dei laboratori tecnici e della formazione con la Direzione degli Equipaggiamenti** potrebbe estendere le competenze manutentive alla rete nazionale; infine, il programma potrebbe contribuire a rendere operative apparecchiature acquistate da altri donatori ma ancora inutilizzate perché non installate o manutenute. Tali opportunità richiederebbero però una strategia esplicita di raccordo con il Ministero della Salute e con le strutture non beneficiarie.

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?

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

La selezione delle strutture target ha **privilegiato i principali poli urbani** e le strutture ospedaliere di livello superiore, riproducendo la concentrazione territoriale delle risorse e lasciando escluse numerose aree rurali e periferiche. Sei strutture sono localizzate a Brazzaville e Pointe-Noire, dove sono già concentrati il 62,7% del personale sanitario e il 77,7% dei medici del Paese, mentre soltanto tre si trovano in altri dipartimenti. La distribuzione delle nove strutture **non ha quindi garantito** un accesso equo alle popolazioni delle regioni interne.

La natura pilota dell'intervento giustifica in parte la concentrazione delle risorse, ma **non sono state previste misure per collegare le popolazioni delle aree interne agli ospedali rafforzati**. I centri sanitari periferici sono rimasti fuori dal perimetro del programma e non sono stati attivati sistemi di riferimento, trasporto, informazione o manutenzione territoriale capaci di ampliare la portata dell'intervento. Il programma risulta quindi complementare alla rivitalizzazione dei distretti sanitari promossa dall'OMS, ma non ha contribuito finora a estenderne la copertura o a ridurre le disparità territoriali nell'accesso.

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

Il programma ha prodotto **miglioramenti visibili nei servizi di ostetricia, neonatologia e pediatria** laddove questi sono stati inclusi tra le priorità. A Makélékélé è stata attivata un'unità di neonatologia precedentemente assente; Blanche Gomes ha ricevuto apparecchiature per neonatologia, pediatria e ginecologia d'urgenza; a Talangaï e Loandjili sono state rafforzate le aree di rianimazione e la capacità di presa in carico delle emergenze. Le testimonianze degli operatori indicano miglioramenti nella funzionalità dei servizi e nella cura dei neonati, ma si tratta di evidenze prevalentemente qualitative.

Non è ancora possibile attribuire al programma una riduzione misurabile della mortalità materna o neonatale. I dati disponibili mostrano **andamenti disomogenei** tra gli ospedali e non sono comparabili, poiché utilizzano valori assoluti o percentuali senza denominatori comuni e, per il 2026, coprono soltanto il primo trimestre. Inoltre, persistono vincoli relativi alle infrastrutture collaterali (ossigeno, energia elettrica), ai ricambi, ai materiali di consumo e alla formazione clinica continua. Il programma ha quindi accresciuto la capacità potenziale dei servizi materno-infantili, ma la trasformazione delle nuove dotazioni in migliori esiti di salute richiede infrastrutture funzionanti, protocolli assistenziali, competenze cliniche e sistemi di monitoraggio più solidi.

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?

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

Il Governo congolese non ha previsto nel bilancio 2026 una linea finanziata con risorse proprie specificamente destinata alla manutenzione delle attrezzature del programma italiano. L'unica linea nazionale riconducibile all'acquisizione e manutenzione delle apparecchiature biomedicali ammonta a 50 milioni di FCFA, circa 76.000 euro, un importo marginale rispetto alle esigenze di un parco di oltre 5.000 attrezzature. Non sono disponibili evidenze di stanziamenti dedicati per il 2027.

La sostenibilità è ulteriormente condizionata dal **sottofinanziamento strutturale degli ospedali**: le spese per il personale assorbono tra il 51% e l'84% dei loro bilanci, lasciando margini molto ridotti per manutenzione e investimenti. Le risorse stanziate sono inoltre talvolta soggette a ritardi e difficoltà di effettiva disponibilità. Il limitato coinvolgimento della Direzione degli Equipaggiamenti e degli altri servizi tecnici ministeriali ha impedito al programma di incidere sulle ordinarie procedure di programmazione finanziaria e di generare **un impegno nazionale addizionale** per la continuità della manutenzione.

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

Nel periodo esaminato, il modello DSP è stato finanziato integralmente attraverso le risorse italiane, senza una contropartita congolese dedicata e quantificabile. I primi 30 milioni di euro trasferiti all'operatore corrispondono esattamente ai 20 milioni erogati da Cassa Depositi e Prestiti e ai 10 milioni trasferiti da AICS. Le risorse sono transitate su conti dedicati presso il Tesoro congolese, ma non sono state integrate da fondi nazionali né da un meccanismo di cofinanziamento riconducibile al Budget Support Settoriale.

L'assenza di un contributo specifico non viola il quadro normativo congolese sulla DSP, che non impone necessariamente un finanziamento diretto dell'autorità delegante. Tuttavia, il sostegno ordinario dello Stato al settore sanitario non può essere considerato una contropartita del programma, poiché non è dedicato né contabilizzato**. Il modello finanziario ha quindi funzionato durante l'attuazione grazie ai fondi italiani**, ma non ha definito il meccanismo attraverso il quale il Governo congolese dovrebbe sostenere i costi della manutenzione e dei servizi tecnici dopo la conclusione del finanziamento, lasciando irrisolta la 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?

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

La Fase I ha prodotto risultati tecnici positivi e documentati, ma su un perimetro limitato a nove strutture e attraverso un unico operatore consolidato. La **replicabilità su scala maggiore non può quindi essere considerata automatica**: l'estensione aumenterebbe il fabbisogno di personale specializzato, ricambi, infrastrutture e risorse per la manutenzione, in un contesto in cui il bilancio nazionale destinato agli equipaggiamenti resta insufficiente. Inoltre, il contratto quinquennale vigente è circoscritto alle strutture attuali e non ne consente la semplice estensione ad altri siti, rendendo necessaria una rinegoziazione contrattuale.

La Fase II dovrebbe pertanto adottare **un'espansione progressiva**, consolidando anzitutto i servizi, le competenze e i sistemi di manutenzione già attivati e includendo solo gradualmente nuove strutture o attività. La **scalabilità** dipenderà dalla capacità di verificare preventivamente le condizioni infrastrutturali dei nuovi ospedali, assicurare risorse nazionali aggiuntive, rafforzare il trasferimento delle competenze e integrare il modello DSP con le strutture tecniche del Ministero della Salute. **La Fase I offre quindi una base operativa promettente, ma non ancora un modello pienamente validato per una replicazione su larga scala.**

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

I principali rischi per la prosecuzione riguardano la **sostenibilità finanziaria e gestionale**, l'insufficiente capacità di ricezione di alcune strutture e la debole integrazione istituzionale. Il limitato coinvolgimento degli operatori ospedalieri e dipartimentali nella pianificazione ha determinato, in alcuni casi, forniture non pienamente raccordate alle condizioni locali. Persistono inoltre vincoli legati all'energia elettrica, ai gas medicali, ai materiali di consumo e alla manutenzione, mentre le condizionalità del BSS sono rimaste concentrate sulla spesa e sugli impegni finanziari anziché sui risultati tecnici, sanitari e di rafforzamento delle capacità.

Non si sono invece manifestati in misura significativa i rischi relativi all'instabilità politico-sociale o all'interruzione delle forniture. Per ridurre i rischi sistemici, la Fase II dovrebbe integrare i tre pilastri dell'intervento (fornitura, formazione e manutenzione) in una **strategia unitaria di sostenibilità**, accompagnando gli investimenti tecnologici con infrastrutture abilitanti, disponibilità di materiali di consumo, formazione continua e appropriazione pubblica dei sistemi. Sarebbe inoltre necessario collegare le erogazioni a risultati verificabili e valorizzare il coordinamento con il Ministero della Salute, gli ospedali e gli altri partner attivi nel settore.

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

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

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 MCIPPP, 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

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

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

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

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

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

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

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

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.

