

SEDE DI MAPUTO

Avviso per l'affidamento della realizzazione dell'iniziativa "Prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili – AID 11375" a organizzazioni e a soggetti iscritti all'elenco di cui al comma 3 dell'art. 26 della Legge 125/2014

MOZAMBICO

ALLEGATI

- A1. Modello Proposta esecutiva congiunta
- A2. Modello Piano finanziario
- A3. Modello Dichiarazione sostitutiva di certificazione
- A4. Modello Griglia di valutazione
- A5a. Modello Comunicazione dati antimafia
- A5b. Schema controlli antimafia
- A6. Modello Garanzia fideiussoria anticipo
- A7. Modello di contratto
- A8. Modello Dichiarazione di esclusività
- A9. Modello Rapporto intermedio e finale
- A10. Manuale di gestione e rendicontazione
- A11a. Modello di rendiconto
- A11b. Chiarimenti rendicontazione
- A12. Modello di Piano Operativo
- A13a. Quadro Logico
- A13b. Piano di M&V

Maputo, 27 febbraio 2018

L'Avviso è destinato all'individuazione dell'Associazione Temporanea di Scopo esecutrice dell'iniziativa "Prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili – AID 11375". L'avviso è stato redatto in conformità al documento "Condizioni e modalità per l'affidamento di iniziative di cooperazione allo sviluppo ad organizzazioni della società civile e altri soggetti senza finalità di lucro iscritti all'elenco di cui all'Articolo 26, comma 3, della Legge 125/2014", approvato dal Comitato Congiunto con delibera n. 50 del 5 febbraio 2018, che disciplina le procedure comparative pubbliche per l'affidamento di iniziative di cooperazione allo sviluppo formulate dall'AICS alle Organizzazioni della società civile e ad altri soggetti senza finalità di lucro iscritti all'Elenco, ai sensi dell'art. 26, comma 4, della Legge e dell'art. 19 dello Statuto, in linea con la normativa vigente e con i principi stabiliti dall'Unione Europea e sanciti nella relativa Guida Pratica "Procurement and Grants for European Union External Actions" (PRAG).

Titolo	Importo massimo ammissibile in €
Iniziativa: Prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili	7.073.000

DEFINIZIONI

Ai fini del presente avviso si intende per:

ATS: Associazione Temporanea di Scopo.

OSC: organizzazioni della società civile ed altri soggetti senza finalità di lucro.

Capofila: OSC iscritta all'Elenco mandatario dell'ATS.

Co-esecutore: OSC iscritta all'Elenco membro e mandante dell'ATS.

Elenco: elenco delle organizzazioni della società civile e altri soggetti senza finalità di lucro di cui all'art. 26, comma 3, della Legge 125/2014.

Ente esecutore: Capofila dell'ATS.

Iniziativa: "Prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili", AID 11375, programma approvato dal Comitato Congiunto con delibera n. 163 del 21 dicembre 2017. Il programma prevede, per la realizzazione dell'iniziativa sopra menzionata, il ricorso all'affidamento a OSC.

Legge: Legge 11 agosto 2014, n. 125 "Disciplina generale sulla cooperazione internazionale per lo sviluppo".

NCD: Malattie Non Trasmissibili (*Non-Communicable Diseases*)

Parti: la Sede AICS di Maputo, l'Ente esecutore e i Co-esecutori.

PRAG: "Procurement and Grants for European Union External Actions – A Practical Guide".

Proposta esecutiva congiunta: proposta di realizzazione del progetto presentata congiuntamente da due o più OSC in ATS.

Soggetto richiedente il Programma: l'autorità governativa locale che ha formalmente richiesto il Programma sulla base degli accordi di cooperazione tra l'Italia e il Paese partner.

Partner: OSC appartenenti ad un Paese membro dell'OCSE o inserito nella lista OCSE-DAC dei Paesi ODA Recipients, Istituzioni pubbliche appartenenti ad un Paese membro dell'OCSE o inserito nella lista OCSE-DAC dei Paesi ODA Recipients ed Organismi Internazionali con cui l'Ente esecutore stipula un accordo di partenariato per la realizzazione di una parte delle attività oggetto dell'iniziativa. Il partner prescelto deve essere chiaramente identificato nella proposta e l'accordo sottoscritto con il partner deve essere allegato alla proposta stessa. Le OSC prive di sede operativa in Italia prescelte come partner devono essere in grado di operare nel Paese oggetto dell'iniziativa secondo la normativa locale, fatte salve eventuali eccezioni legate al contesto locale, che dovranno essere espressamente previste nell'avviso, adeguatamente motivate ed approvate dalla Sede centrale dell'AICS. L'Ente esecutore è responsabile della corretta esecuzione delle attività oggetto dell'accordo di partenariato nei confronti della Sede AICS competente. E' escluso ogni rapporto anche indiretto tra il MAECI - AICS ed i soggetti contraenti diversi dall'Ente esecutore o dai Coesecutori, che si assumono in solido la responsabilità della scelta del partner.

Statuto: Decreto del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale 22 luglio 2015, n. 113 - Regolamento recante lo "Statuto dell'Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo".

La Sede AICS di Maputo, responsabile della pubblicazione dell'avviso per l'affidamento, sarà altresì responsabile del procedimento di valutazione, della firma del contratto e dei controlli sull'esecuzione ai sensi della Delibera del Comitato Congiunto n. 50/2018.

INDICE

ALLEGATI.....	1
1. SOGGETTO RICHIEDENTE.....	5
2. AUTORITÀ CONTRAENTE	5
3. LINGUA UFFICIALE	5
4. TITOLO INIZIATIVA.....	5
5. DESCRIZIONE DELL'INIZIATIVA.....	5
5.1. INTRODUZIONE E PRESENTAZIONE	5
5.2 CONTESTO	6
5.3 AREE DI INTERVENTO	11
5.4 CONTENUTI DELL'INIZIATIVA.....	12
5.4.1 TEMATICHE TRASVERSALI.....	16
5.4.2 PIANO DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	17
5.5 COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE CON ALTRI PROGRAMMI E CON LE AUTORITÀ LOCALI	17
5.6 CONDIZIONI ESTERNE E RISCHI.....	18
5.7 DURATA	18
5.8 COFINANZIAMENTO DEL PROGETTO.....	18
6. IMPORTO MASSIMO DEI PROGETTI	18
7. TERMINI E MODALITÀ DI PRESENTAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PROPOSTE ESECUTIVE CONGIUNTE.....	18
8. CRITERI DI ELEGGIBILITÀ' DEI PARTECIPANTI E DOCUMENTAZIONE A SUPPORTO	19
9. REQUISITI DI CAPACITÀ TECNICA RICHIESTI	21
10. CAPACITÀ DI OPERARE IN LOCO	21
11. PARTENARIATI	22
12. DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE A CORREDO DELLA PROPOSTA ESECUTIVA CONGIUNTA	22
13. CAUSE DI ESCLUSIONE.....	23
14. MODALITÀ' DI RICHIESTA DI INFORMAZIONI O CHIARIMENTI.....	23
15. TUTELA DELLA PRIVACY.....	23
17. STIPULA DEL CONTRATTO.....	25
18. DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE PRIMA DELLA STIPULA DEL CONTRATTO	25
19. REALIZZAZIONE DELL'INIZIATIVA	26
20. ELEGGIBILITÀ' DELLE SPESE	28
21. RENDICONTAZIONE DELLE SPESE	29
22. DISPOSIZIONI FINALI.....	30

1. SOGGETTO RICHIEDENTE

L'autorità governativa locale che ha richiesto il Programma per le attività da svolgersi in Mozambico è il Ministero della Sanità (MISAU).

2. AUTORITÀ CONTRAENTE

L'Autorità contraente è la Sede AICS di Maputo e il Responsabile del Procedimento è il Titolare di tale Sede estera.

3. LINGUA UFFICIALE

La lingua ufficiale della procedura comparativa è la lingua italiana.

4. TITOLO INIZIATIVA

“Prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili – AID 11375”

5. DESCRIZIONE DELL'INIZIATIVA

5.1. INTRODUZIONE E PRESENTAZIONE

In data 21 dicembre 2017 il Comitato Congiunto della Cooperazione allo Sviluppo ha approvato, con Delibera n. 163, il finanziamento di 7.503.000 Euro per un programma per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili in Mozambico di durata triennale (d'ora in avanti **Iniziativa**), di cui 7.073.000 Euro come allocazione massima per l'affidamento di cui al presente Avviso.

L'iniziativa trae origine dalla richiesta del Governo del Mozambico di un programma di sostegno alla lotta contro le malattie non trasmissibili allo scopo di ridurre la morbilità e a mortalità. In particolare l'azione dell'iniziativa sarà concentrata sulle malattie non trasmissibili considerate prioritarie per la loro importanza in sanità pubblica quali l'ipertensione arteriosa, il diabete e il cancro cervicale, per la lotta alle quali il Ministero della Sanità (MISAU) ha predisposto specifici programmi, ma che, per motivi contingenti, di budget e di livello di sviluppo delle competenze dei suoi tecnici, non è ancora in grado di attuare in maniera sistematica.

In conformità con i programmi nazionali, al fine di raggiungere l'obiettivo di una ridotta morbilità e mortalità per malattie non trasmissibili, e a fronte del fatto che queste sono largamente presenti nella popolazione ma altrettanto misconosciute, questa iniziativa intende innanzitutto farle emergere. Pertanto, attraverso la prevista strategia d'intervento (integrazione dei protocolli di consultazione per malattie non trasmissibili nei protocolli di consultazione curativa generale, aumento delle diagnosi di sospetto cancro cervicale, rafforzamento dei laboratori di citologia, sensibilizzazione comunitaria e riqualificazione dei tecnici di sanità), la domanda aumenterà. A tale aumento di domanda si risponderà attraverso la dotazione delle unità sanitarie di livello primario con attrezzature diagnostico-terapeutiche (sfigmomanometri, glucometri, apparecchi per la crioterapia ecc.), così come con farmaci di base (anti-ipertensivi e antidiabetici) e con la formazione del personale sanitario, nonché attraverso il riferimento ai servizi di chirurgia esistenti a livello provinciale o nazionale (ospedali provinciali, generali e centrali) dei casi di cancro della cervice diagnosticati.

5.2 CONTESTO

Contesto generale

Il Mozambico è un paese con oltre 28 milioni di abitanti, dove l'aspettativa di vita media è di 53 anni.¹ Circa il 66% dei Mozambicani ha meno di 25 anni, con un'età media di 17 anni.² Il tasso di mortalità infantile (64 morti per 1.000 nati vivi nel 2014) e di mortalità materna (408/100.000 nati vivi) sono tra i più alti del mondo.³ Il tasso di alfabetizzazione è del 59 %.⁴ Il reddito nazionale lordo pro capite nel 2015 è stato di USD 580 (World Bank, 2016) e, sulla base della definizione della povertà della Banca Mondiale (sotto US\$ 1,90 al giorno) nel 2008 il 68,7% della popolazione mozambicana viveva in povertà.⁵ Stime del 2015 mostrano che il carico globale di malattia (*Global Burden of Diseases*) è ancora determinato principalmente da malattie trasmissibili, tuttavia le malattie non trasmissibili (NCD, dal comune termine inglese Non-Communicable Diseases) contano per più di 1/3 del carico globale di malattia nel paese.⁶

Principi e policy settoriali

La politica sanitaria nazionale, espressa attraverso il Piano Strategico del Settore Sanitario (Plano Estratégico do Sector Saúde 2015-2019 - PESS), si basa sui principi di equità, diritto alla salute, qualità ed efficienza dei servizi, cooperazione, responsabilità e rafforzamento del sistema sanitario pubblico. Pertanto, il piano strategico del settore sanitario in vigore ha come principali assi:

1. Maggiore accesso e utilizzo dei servizi sanitari
2. Miglioramento della qualità del servizio fornito
3. Riduzione delle disparità geografiche dei gruppi di popolazione nell'accesso e nell'uso dei servizi
4. Miglioramento dell'efficienza nella fornitura di servizi e nell'utilizzo delle risorse
5. Rafforzamento dei partenariati sanitari basati sul rispetto reciproco
6. Maggiore trasparenza e responsabilità nell'uso dei beni pubblici
7. Rafforzamento del sistema sanitario nazionale.

La priorità sanitaria post-indipendenza in Mozambico fu incentrata sulla prevenzione e sulla gestione delle malattie trasmissibili endemiche acute. Allo stato attuale, invece, le NCD hanno prevalenza e impatto tali (un terzo del carico di malattia del paese) che hanno portato il Governo ad affrontarle più sistematicamente. Il Mozambico è uno dei firmatari della Dichiarazione di Mosca del 2011⁷ (strategia globale) e della Dichiarazione di Brazzaville⁸ (strategia regionale africana) per

¹ UNESCO Mocambique. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. 2016

² Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Demográfico e de Saúde. Março, 2012

³ Baseline del Piano Strategico del Settore Sanitario 2014-2019

⁴ Ministerio da Educacao. Moçambique, Exame nacional 2015 da Educação para Todos: Relatório Sobre os seis objetivos da Educação para todos. 2015

⁵ World Bank. Annual Report 2015 [Internet]. 2015. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/22550>

⁶ Wang H, Naghavi M, Allen C, Barber RM, Carter A., Casey DC, *et al.* Global, Regional and National Life Expectancy, All-cause Mortality and Cause-specific Mortality for 249 Causes of Death, 1980–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 2016; 388 (10053): 1459–544.

⁷ Dichiarazione politica della riunione ad alto livello dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sulla Prevenzione e il Controllo delle Malattie Non Trasmissibili, Mosca, 2011

⁸ WHO - African Region Ministerial Consultation on Non-communicable Diseases, Brazzaville, 2011

la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili (NCD), ma per motivi congiunturali ed economici, i servizi, la formazione delle risorse umane e la sorveglianza epidemiologica per queste malattie sono ancora deboli. Nel Sistema Sanitario Nazionale (SNS), composto principalmente da istituzioni pubbliche divise in quattro livelli di assistenza, sono poche le attività strutturate di presa in carico delle NCD e soprattutto non sono sviluppate a livello primario. Infine, il sistema d'informazione sanitario (SIS-MA) non raccoglie dati di routine delle NCD. Ciò costituisce una notevole debolezza del sistema e limita la capacità di pianificazione basata sull'evidenza e sull'efficienza della gestione delle risorse. V'è quindi la necessità di un rafforzamento delle istituzioni preposte al controllo delle malattie non trasmissibili.

Al momento, i programmi nazionali di controllo delle NCD, che questa iniziativa mira a sostenere, sono i seguenti.

Programma nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili (PNCDNT)

Dopo il 2006 il governo del Mozambico ha stabilito che le malattie non trasmissibili costituiscono una delle priorità nei piani quinquennali, e le ha inserite nella Dichiarazione di Politica Nazionale di Salute⁹ in considerazione del peso che esse hanno in termini di morbilità e mortalità della popolazione mozambicana e di costo-efficacia delle misure di prevenzione disponibili per il suo controllo. Le NCD che costituiscono i maggiori problemi di sanità pubblica nel paese sono il diabete, le malattie cardiovascolari, le malattie croniche respiratorie (asma), il cancro (cervicale, della mammella e della prostata) e i traumi.¹⁰

Il programma ha definito come obiettivi strategici: aumentare la consapevolezza e la conoscenza delle NCD e dei loro fattori di rischio, migliorare la qualità e l'accesso ai servizi di prevenzione e cura, rafforzare e integrare le azioni di formazione, e rafforzare e ampliare il Sistema di sorveglianza, ricerca, monitoraggio e valutazione.

Il PNCDNT ha introdotto strumenti per la registrazione e la segnalazione di casi di ipertensione e diabete, tabelle di valutazione del rischio cardiovascolare e schemi di follow-up per i pazienti con ipertensione e diabete. Sono stati apportati miglioramenti alla fornitura di materiali e farmaci per la cura di pazienti con NCD, in particolare anti-diabetici orali, insulina e agenti antipertensivi. Per complementare questi miglioramenti, il MISAU ha richiesto supporto per aumentare significativamente l'accesso alla diagnosi e alle conseguenti cure.

Programma nazionale di controllo del cancro (PNCC)

Il PNCC mira a ridurre la morbilità e la mortalità per cancro in Mozambico. Dati di incidenza e mortalità acquisiti attraverso la registrazione su base comunitaria dell'Ospedale Centrale di Beira nel 2012 hanno permesso di stimare in 22.014 i nuovi casi di tumore e in 17.017 i decessi per cancro in Mozambico in quell'anno.¹¹ Nel 2014, un vero e proprio sistema di Registro Oncologico Ospedaliero è stato implementato presso l'Ospedale Centrale Maputo (RO-HCM). I dati dei due Registri mostrano un profilo speciale di occorrenza del cancro a tutte le età e una grande importanza del cancro del collo dell'utero (associato a infezioni da virus del papilloma umano) ed altri tipi di tumore associati a infezioni da virus dell'epatite B e dell'immunodeficienza umana.

⁹Ministerio da Saude. Politica Nacional de Saude e Direitos Sexuais e Reprodutivos. 2011.

¹⁰Ministerio da Saude. Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis (PNCDT) (in corso di aggiornamento).

¹¹TorreLA, BrayF, SiegelRL, FerlayJ, Lortet-tieulentJ, JemalA. Global Cancer Statistics, 2012. CA: ACancerJournalClin.[Internet].2015; 65(2): 87–108. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21262/abstract>

A causa della sua importanza epidemiologica e della possibilità di intervenire nella sua prevenzione, il PNCC ha assegnato la priorità alle attività di screening e trattamento del cancro cervicale (CCU), decentralizzandone il depistaggio mediante la tecnica dell'ispezione visiva con acido acetico. Pertanto, in riferimento alla presente iniziativa, il MISAU ha manifestato la sua intenzione di rafforzare le capacità di effettuare la biopsia e la diagnosi citologica negli ospedali di riferimento, adattare la formazione dei tecnici di patologia alle nuove necessità e adeguare l'infrastruttura dei servizi di anatomia patologica.

Programmi di formazione della Direzione Nazionale delle Risorse Umane (DNRH) e della Direzione Nazionale per la Formazione degli Operatori Sanitari (DNF)

Dalla Direzione Nazionale delle Risorse Umane (DNRH), controparte diretta della Cooperazione Italiana nell'ambito di vari programmi, è stata recentemente incorporata la Direzione Nazionale per la Formazione degli Operatori Sanitari (DNF), che a sua volta ha una Ripartizione di Formazione Continua (RFC). La DNF ha nel suo mandato la gestione e l'implementazione di corsi di formazione iniziale e continua e sarà un interlocutore critico nell'ambito di questa iniziativa.

Nei primi anni dopo l'indipendenza, per affrontare la mancanza di specialisti in modo sostenibile, il MISAU ha creato i propri Istituti di formazione (IdF) per gli operatori sanitari di primo e secondo livello. Più recentemente, è stato creato l'Istituto Superiore delle Scienze della Salute (ISCISA¹²). Gli IdF hanno il mandato di somministrare corsi di formazione iniziale per la qualificazione degli operatori sanitari in aree definite dal MISAU, che ha adottato una strategia di trasferimento di alcune competenze di medici e specialisti a quadri di livello di base, intermedio e superiore per funzioni di prevenzione e trattamento di malattie endemiche. Così, sono stati creati profili professionali capaci di garantire l'espansione dell'accesso all'assistenza sanitaria di base in tutto il paese, attraverso tecnici di medicina preventiva, tecnici di medicina curativa, tecnici di chirurgia, tecnici di anatomia patologica, tecnici di radiologia, infermieri di salute materno-infantile di livello medio, ecc. Al fine di garantire la ritenzione e la professionalizzazione di questi professionisti, sono stati creati nuovi percorsi di carriera e corsi di specializzazione.

La Direzione Nazionale delle Risorse Umane e la Direzione Nazionale per la Formazione degli Operatori Sanitari (DNF) sono consapevoli che la risposta alle sfide poste al settore sanitario dalla transizione epidemiologica e l'urbanizzazione in Mozambico richiede un adattamento del profilo professionale degli operatori sanitari al profilo di malattia del paese e, in particolare, agli aspetti di diagnosi, trattamento e prevenzione delle malattie non trasmissibili.

In questo senso, il Piano Strategico di Sviluppo delle Risorse Umane del MISAU (2016-2025) enfatizza la formazione di professionisti già in servizio fornendo loro nuove competenze. La RFC, anche in una fase iniziale di sviluppo, è considerata dalla controparte il veicolo principale per queste attività di sviluppo professionale, con un programma di formazione a distanza chiamato "Telesaúde" creato di recente per garantire la più ampia gamma di opportunità di formazione anche per le aree remote del paese.

La formazione in servizio e l'aggiornamento professionale sono eseguite dalla DNF in coordinamento con i programmi nazionali e altre direzioni nazionali, la qual cosa giustifica la

¹² Instituto Superior de Ciencias de Saude

progettazione di un programma integrato di formazione e l'estensione dell'assistenza sanitaria alle NCD.

Analisi dei bisogni ed esigenze di intervento

Il Programma nazionale di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili ha attribuito, nel suo piano strategico attuale, la massima priorità al controllo dei *fattori di rischio per malattie croniche* (FRDC) ed in particolare all'*ipertensione arteriosa* (HT) e al *cancro*, considerando che si tratta di problemi di salute pubblica in Mozambico, data la loro alta prevalenza e gli alti tassi di mortalità. Il Sistema d'informazione sanitaria, nella sua componente riguardante la mortalità ospedaliera (SIS-ROH) riporta le malattie cardiovascolari (DCV) come la quarta causa di morte, subito dopo l'AIDS, la malaria e la tubercolosi. Il cancro, che nel 2012 rappresentava il 4,7% delle cause di mortalità ospedaliera nel paese, segue in quinta posizione.¹³

Fattori di rischio di malattia cronica (FRDC): lo studio STEPS¹⁴ condotto in Mozambico nel 2005, utilizzando una metodologia standardizzata dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) per determinare la prevalenza dei fattori di rischio delle malattie croniche, aveva riscontrato una prevalenza del 31% dell'ipertensione nella popolazione mozambicana adulta. In uno studio analogo condotto 10 anni dopo, si riscontra un aumento della prevalenza dell'ipertensione che raggiunge il 38,9%.¹⁵ Secondo una stima del *Global Burden of Diseases* (GBD), in Mozambico nel 2015, ci sono stati 26.300 morti a causa di HT, un numero che è più che raddoppiato dal 1990 e che rimane la principale causa di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca nel paese e una delle principali cause di ictus, malattie renali croniche e cecità. Un modello semplificato di registro ospedaliero per le NCD testato dall'Instituto Nacional de Saúde (INS) in un ospedale urbano periferico, ha mostrato che l'ipertensione e le sue complicanze sono la più frequente causa di ricorso ai servizi di emergenza, dopo il trauma.¹⁶

Si rileva una grande mancanza di consapevolezza tra la comunità e il personale sanitario sull'importanza epidemiologica dell'ipertensione arteriosa. Gli studi di STEPS mostrano che meno di un terzo degli adulti hanno misurato la pressione sanguigna nei dodici mesi precedenti lo studio, che solo il 14-16% degli individui con elevati livelli di pressione del sangue sono consapevoli della loro condizione ipertensiva. Di questi, solo la metà è in trattamento farmacologico e tra questi ultimi, circa il 50% tiene la pressione arteriosa sotto controllo.¹⁷ Ciò vale a dire che solo il 3-4% dei pazienti ipertesi riduce il rischio di complicanze quali ictus, insufficienza cardiaca, insufficienza renale, ecc. Inoltre, secondo i responsabili del Programma Nazionale di Lotta alle Malattie Non Trasmissibili del MISAU, un ulteriore problema riscontrato spesso nelle Unità Sanitarie in cui la HT o il diabete sono diagnosticati, è la mancanza di farmaci per un trattamento immediato e in larga scala.

Nelle unità sanitarie periferiche, tuttavia, si riscontra anche una scarsità di risorse umane, materiali e l'assenza di una cultura del *follow up* dei fattori di rischio delle NCD. Pertanto emerge

¹³ Análise da mortalidade nacional intrahospitalar 2009-2011, MISAU, 2012

¹⁴ WHO.STEPwise approach to surveillance (STEPS).2005

¹⁵ Relatório STEPS 2015, MISAU, 2017

¹⁶ Relatório do estudo de registo simplificado de doenças não transmissíveis e trauma, Instituto Nacional de Saúde, 2017

¹⁷ Damasceno A, Azevedo A, Silva-Matos C, Prista A, Diogo D, Lunet N. Hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in Mozambique: Urban/rural gap during epidemiological transition. *Hypertension*. 2009; 54(1):77–83

la necessità di un programma che integri le attività di screening dei fattori di rischio in un unico protocollo di visita di medicina curativa.

Il programma risponderà al bisogno di far emergere il grande numero di casi a rischio di NCD, al momento sommerso, nonché alle esigenze di integrazione del depistaggio dei fattori di rischio di NCD nei protocolli generali delle unità sanitarie.

Cancro: Secondo il *Global Burden of Diseases 2015* ci sono stati oltre 127.000 casi di cancro in Mozambico nel 2015, i più comuni sono i tumori al seno (36%) e della cervice uterina (CCU; 16%). Queste stime sono supportate dai dati del registro dei tumori ospedalieri in Maputo¹⁸ che mostrano che l'incidenza maggiore è rappresentata dal cancro al seno, seguita dal CCU.

Il programma di screening e la diagnosi precoce del cancro del collo dell'utero, sulla base di ispezione visiva con acido acetico (VIA), seguita da crioterapia, è stato implementato in 142 strutture sanitarie in tutto il paese nel 2015. I dati del primo semestre di quell'anno hanno rivelato che 59.301 donne sono state esaminate, di cui 4.710 sono risultate positive.¹⁹ Seguendo il protocollo del programma, le donne risultate positive sono sottoposte a biopsia per raccogliere materiale per la citologia esfoliativa. A questo punto, il materiale deve essere raccolto e inviato a una delle tre unità ospedaliere regionali di riferimento in cui esiste un laboratorio di anatomia patologica (ospedali centrali di Maputo, Beira e Nampula). Date le distanze geografiche che separano il punto d'ingresso nel sistema delle donne dai centri di diagnosi e presa in carico per i trattamenti, il collo di bottiglia rappresentato dall'insufficiente distribuzione dei ginecologi nel sistema per eseguire l'esame citologico, nonché l'esistenza di soli tre laboratori per la diagnosi patologica nel paese, la gestione di queste donne con il sospetto di tumore risulta inadeguata e lenta. Ciò porta alla perdita di opportunità per la diagnosi precoce del cancro e, conseguentemente, aumenta la mortalità per tumore presso queste donne. Inoltre, esiste un insieme di credenze e di tabù culturali associati a questa specifica malattia, che viene correlata, da una parte, a fenomeni di promiscuità e, dall'altra, a stregoneria e superstizioni, laddove molte donne credono che essa sia frutto di maledizioni da parte di vicini o conoscenti. Questa realtà crea ulteriori barriere non fisiche, di paura, preconcetti e vergogna che rendono difficile l'avvicinamento delle donne e delle ragazze ai centri di diagnosi e trattamento, se non nella fase terminale o comunque troppo avanzata. In questo senso, risulta fondamentale intervenire non solo nel rafforzamento delle capacità di risposta delle strutture e del personale sanitario ma anche con specifiche azioni con i beneficiari volte a fornire corrette informazioni sul cancro del collo dell'utero, incentivare la sua cura tempestiva e in generale la prevenzione.

Infine, con riguardo al trattamento, mentre gli ospedali provinciali, generali e centrali sono generalmente in condizioni di effettuare la chirurgia oncologica, il sistema sanitario del paese è ancora carente in termini di chemioterapia e radioterapia oncologica, che al momento sono disponibili solo in un ospedale di riferimento nazionale (l'Ospedale Centrale di Maputo).

Nell'ambito della lotta al cancro, il MISAU e la Cooperazione Italiana hanno concordato che programma risponda a tre esigenze del sistema:

¹⁸ Lorenzoni C, Vilajeliu A, Carrilho C, Ismail MR, Castillo P, Augusto O, et al. Trends in Cancer Incidence in Maputo, Mozambique, 1991-2008. PLoS One. 2015;10(6): 1-12

¹⁹ Relatório Programa Nacional de Controle do Cancro, 2015

- la mancanza di tecnici di patologia che possano in ogni provincia e in distretti meno prossimi alle capitali provinciali effettuare biopsie, preparare i vetrini e fornire le prime diagnosi – questi tecnici dovranno essere formati progressivamente;
- la bassa domanda di servizio (test visuale, diagnosi con biopsia, trattamento) – che si auspica migliorerà con le campagne di sensibilizzazione;
- l'insufficiente capacità dei laboratori esistenti (a Maputo, Beira e Nampula) di rispondere alla crescente domanda di diagnosi – la richiesta del MISAU è di allestire 3 nuovi laboratori di citologia (a Quelimane, Tete, che è di difficile accesso, e un secondo ospedale generale di Maputo per alleviare la pressione sull'Ospedale Centrale), in modo da coprire in modo equilibrato le macro-regioni del paese.

In questo quadro si inserisce l'ulteriore necessità nel campo della capacitazione del personale sanitario del paese attraverso la rete degli Istituti di Formazione del MISAU. Infatti, al momento i corsi sono affidati a specialisti e tecnici sanitari che non hanno una specifica formazione pedagogica né dispongono di materiali e strumenti moderni di addestramento (per es. basati sulle tecnologie dell'informazione). Pertanto la Direzione Nazionale delle Risorse Umane ha evidenziato come questa carenza sia da affrontare preliminarmente.

Come sopra accennato, le NCD (in particolare ipertensione, diabete e cancro del collo dell'utero) sono diffuse nella popolazione ma sono misconosciute. Pertanto, in conformità con i programmi nazionali del MISAU, la logica di intervento che ispira questa iniziativa mira innanzitutto a farle emergere.

Attraverso l'integrazione dei protocolli NCD nei protocolli di "consulta curativa", l'aumento delle diagnosi di sospetto per cancro cervicale (CCU), il rafforzamento dei laboratori di citologia, la sensibilizzazione comunitaria e la riqualificazione dei tecnici di sanità, la domanda di cure aumenterà.

La risposta a tale aumento di domanda di servizi (di diagnosi e cura) proposta con questa iniziativa dovrebbe seguire i seguenti orientamenti:

- 1) (per la gestione corretta di ipertensione e diabete) la dotazione delle UU.SS. con un kit minimo di attrezzature diagnostiche (sfigmomanometri e glucometri), così come di **presidi curativi** (dotazione di farmaci anti-ipertensivi e antidiabetici) e la **formazione sulle NCD del personale sanitario**;
- 2) (per i casi di cancro della cervice diagnosticati) il **riferimento ai servizi di chirurgia esistenti** a livello provinciale o nazionale (ospedali provinciali, generali e centrali). I servizi di oncologia quali la radioterapia e la chemioterapia sono invece concentrati a livello della capitale e costituiscono il riferimento nazionale.

5.3 AREE DI INTERVENTO

In termini di **focalizzazione geografica**, il programma è stato concepito per una implementazione articolata come segue:

- la formazione dei formatori e del personale tecnico del sistema sanitario sarà svolta in modo articolato per macro-regioni in modo da beneficiare efficientemente tutte le 11 province del paese;
- per quanto riguarda la rete dei laboratori di citologia esistenti (Ospedali Centrali di Maputo, che opera come riferimento nazionale, Beira e Nampula), la necessità rilevata è

un'estensione a tre ospedali in altrettante province (un altro ospedale generale della Città Maputo Città, Tete e Quelimane), in modo da equilibrare l'impatto dell'intervento e coprire tutte le macro-regioni del paese;

- per scelta della controparte governativa, i protocolli di visita integrata con le NCD saranno implementati inizialmente in unità sanitarie "modello" dell'area di Mavalane (Maputo), con estensione successiva ad altre due aree della capitale, dopo la valutazione dell'esperienza;
- ai due Registri Oncologici in funzione nelle città di Maputo e Beira saranno aggiunti, se confermata l'opportunità, due nuovi Registri a Quelimane e Nampula per coprire in modo più distribuito il territorio nazionale.

5.4 CONTENUTI DELL'INIZIATIVA

Si delineano di seguito gli obiettivi e i risultati attesi dell'iniziativa, descrivendo anche una serie di attività volte a conseguirli, definite in modo da determinare con sufficiente precisione le azioni che si ritiene debbano essere realizzate. **Tuttavia le proposte presentate (d'ora in avanti definite come proposte esecutive congiunte) saranno libere di sopprimere o modificare le attività proposte, individuarne di nuove, formulare soluzioni operative attinenti e coerenti con gli obiettivi e i risultati attesi, all'interno dell'importo massimo ammissibile (Eur 7.073.000,00) che non può essere superato.**

L'Obiettivo generale del programma è quello di contribuire alla riduzione della morbi-mortalità in Mozambico per le principali malattie non trasmissibili (NCD).

L'Obiettivo specifico è quello di rafforzare la capacità di risposta del Ministero della Sanità all'aumentata incidenza delle malattie non trasmissibili di prioritaria attenzione, aumentando così le diagnosi precoci e i trattamenti, attraverso il decentramento dei servizi, la sensibilizzazione comunitaria, la formazione continua del personale sanitario e allargando la sorveglianza epidemiologica alle NCD.

I Risultati attesi sono così articolati:

R1. Il sistema di formazione dei docenti delle Istituzioni di Formazione (IdF) del MISAU è rafforzato e la modalità della Formazione Continua (FC) per le NCD è adottata sistematicamente;

R2. Il modello e i protocolli di visita per le NCD a maggiore prevalenza (con focus sulla prevenzione, diagnosi precoce e gestione dei fattori di rischio) sono correttamente sviluppati²⁰ ed implementati nelle Unità Sanitarie e negli ospedali target, sono integrati ai protocolli di consultazione curativa e le comunità sono sensibilizzate sui fattori di rischio di NCD;

R3. La rete dei laboratori di diagnosi del cancro è rafforzata con 3 nuovi laboratori di citologia attrezzati e operanti e con tecnici di patologia con migliorate competenze;

R4. Il sistema di sorveglianza epidemiologica del cancro è migliorato e i dati sulle NCD sono integrati nel Sistema d'informazione sanitaria di routine (SISMA).

²⁰ Nello sviluppo dei protocolli NCD standardizzati si dovrà tenere conto delle esperienze in corso in questa area, sia da parte del Governo (con l'appoggio dell'OMS), sia da parte di OSC attive nel settore.

Le Attività indicativamente individuate per raggiungere detti risultati sono presentate qui di seguito.

R1 – Sistema di formazione delle risorse umane per la Sanità rafforzato

Le attività relative al risultato atteso R1 sono essenzialmente orientate al rafforzamento delle capacità della Direzione Nazionale per la Formazione degli Operatori Sanitari (DNF) e degli Istituti di formazione del MISAU, attraverso la concezione di un nuovo Piano di Formazione Continua e di nuovi *curricula* per la formazione dei formatori anche in ambito di lotta alle malattie non trasmissibili, il rafforzamento del programma di Formazione a distanza (“Telesaúde”) e la creazione di una Biblioteca virtuale per favorire l’accesso alla conoscenza anche da parte di Istituti di formazione operanti in aree remote.

A1.1 Fornire assistenza tecnica alla DNF nella concezione del Piano di Formazione Continua e nello sviluppo del relativo materiale didattico;

A1.2 Formare i docenti delle IdF (target 80 docenti) attraverso: Corsi di metodologia didattica; Corsi sull’accesso alle informazioni sanitarie digitali e uso della Libreria Virtuale; Corsi di Epidemiologia e sorveglianza epidemiologica delle NCD; Corsi di diagnosi e trattamento di NCD;

A1.3 Sviluppare il materiale didattico per i corsi del programma di formazione a distanza “Telesaúde” (nelle sub-componenti di Diagnosi e Gestione);

A1.4 Realizzare Corsi per risorse umane sanitarie (target 120 operatori) nel programma “Telesaúde” (nelle sub-componenti di Diagnosi e Gestione);

A1.5 Dotare le Istituzioni di Formazione (IdF) target di attrezzature minime per lo svolgimento efficiente dei corsi di formazione continua di breve durata (lavagne, proiettori, mobili, banchi e scaffali);

A1.6 Concepire e sviluppare un sistema di biblioteca virtuale (BV) presso l'Istituto Superiore delle Scienze della Salute (ISCISA) e collegare in rete la biblioteca virtuale presso i vari IdF.

R2 – Protocolli di visita per NCD a maggiore prevalenza sviluppati e implementati con approccio integrato e comunità sensibilizzate sui fattori di rischio di NCD

Le attività relative al risultato atteso R2 sono incentrate sul raggiungimento del duplice obiettivo del rafforzamento della formazione continua degli operatori sanitari per la presa in carico della prevenzione, diagnosi e cura delle malattie non trasmissibili, da un lato, e dall’altro, della sensibilizzazione delle comunità, con metodi tradizionali e attraverso l’uso del cinema itinerante (CinemArena), componente che sarà realizzata direttamente dalla Sede AICS di Maputo con fondi in loco, sui temi della prevenzione dei relativi fattori di rischio.²¹

²¹ Le attività di sensibilizzazione ed educazione comunitaria rispetto alle malattie non trasmissibili in questa iniziativa sono costituite da:

- a) una fase iniziale di preparazione delle campagne nei quartieri urbani o comunità rurali target;
- b) le vere e proprie sessioni di sensibilizzazione e informazione, condotte principalmente con la metodologia del cinema itinerante secondo l’esperienza consolidata del “CinemArena”;

A2.1 Concepire e sviluppare i protocolli di consultazione per NCD e definire il kit di attrezzature e materiali di consumo minimo per il corretto funzionamento della consultazione NCD;

A2.2 Realizzare un workshop per la disseminazione dei protocolli di integrazione delle NCD nelle pratiche di consultazione generale nelle Unità Sanitarie (UU.SS.);

A2.3 Dotare i laboratori clinici delle attrezzature necessarie al supporto delle visite per NCD (strumenti per misurare la pressione, glucometri, ecc.) e le farmacie delle UU.SS. dei farmaci necessari nell'area target di Mavalane e di altri due (2) ospedali generali della Città di Maputo;

A2.4 Realizzare corsi di diagnosi, trattamento e sorveglianza delle NCD per medici e tecnici di medicina (target 240), infermieri (target 160), tecnici di laboratorio (target 120), tecnici di farmacia (target 120), personale amministrativo dei Nuclei Distrettuali di Statistica e Pianificazione (NEP; target 120);

A2.5 Realizzare corsi per agenti di comunità (target 80) e tecnici di medicina preventiva (target 80) sulla prevenzione delle NCD a livello primario;

A2.6 Preparare la pre-campagna per sessioni di sensibilizzazione ed educazione comunitaria per la prevenzione di NCD con strutture della società civile dei villaggi o quartieri target;

A2.7 Condurre inchieste di tipo "Conoscenze, Attitudini e Pratiche (KAP)" rispetto ai fattori di rischio delle NCD prima e dopo le sessioni informativo-educative.

R3 – Rete dei laboratori di diagnosi del cancro rafforzata con tre (3) nuovi laboratori di citologia attrezzati e operanti e con tecnici di patologia con migliorate competenze

Le attività relative al risultato atteso R3 sono finalizzate a razionalizzare il sistema di riferimento e accelerare il *follow-up* diagnostico e di trattamento delle donne portatrici di sospette lesioni cancerose. La strategia sottostante a questo approccio include la formazione dei tecnici sanitari di livello intermedio in modo da qualificarli a svolgere relativamente semplici attività quali il prelievo citologico esfoliativo e la preparazione dei relativi vetrini per la macroscopia (*task shifting*); il rafforzamento delle capacità di trasmissione dei vetrini attraverso l'installazione di tecnologie digitali per la "Telediagnosi" e l'archiviazione digitale.

A3.1 Finalizzare con le controparti governative (Direzione Nazionale della Sanità Pubblica e la Direzione Nazionale per l'Assistenza Medica) le liste delle attrezzature minime necessarie per rafforzare la rete esistente di laboratori installando tre nuove unità di citologia;²²

c) inchieste pre- e post-attività sulle conoscenze, attitudini e pratiche ("KAP" nel diffuso acronimo inglese). L'ATS affidataria sarà chiamata a realizzare le attività a) e c), in stretta coordinamento e collaborazione con la Sede AICS di Maputo, che si assume la responsabilità diretta di realizzare l'attività b) – CinemArena.

²² Il Ministero della Sanità ha identificato una serie di attrezzature indispensabili per montare i laboratori di patologia e altre dotazioni che potrebbero migliorare il servizio così istituito. Le principali apparecchiature richieste per i laboratori e sale prelievi sono: apparecchi per la colorazione dei vetrini; dosatori di reagenti; archivi fisici per vetrini; archivi fisici per i blocchetti di paraffina; apparecchi per la preparazione degli inclusi; citocentrifughe; pistole per punzioni aspirative; ecografi per prelievo bioptico ago-aspirativo ecoassistito; cappe a flusso laminare; scanner per digitalizzazione vetrini.

A3.2 Realizzare il processo di *procurement* delle attrezzature identificate con l'attività A3.1 e installarle in tre (3) ospedali generali (Mavalane o José Macamo a Maputo, Quelimane e Provinciale di Tete);

A3.3 Realizzare corsi di macroscopia per tecnici di anatomia patologica (target 20), corsi di punzione per aspirazione a Maputo (target 14 tecnici), corsi di citologia esfoliativa (target 20 tecnici); progettare e organizzare uno *stage* di aggiornamento all'estero (target: 4 tecnici).

R4 – Sistema di sorveglianza epidemiologica rafforzato

Le attività al servizio del risultato atteso R4. sono essenzialmente orientate al rafforzamento del Sistema d'informazione sanitaria nel suo segmento riguardante la sorveglianza epidemiologica del cancro e la sua informatizzazione e integrazione nel sistema di routine (SISMA) per una gestione basata sull'evidenza delle malattie non trasmissibili.

A4.1 Concepire e sviluppare i Registri del Cancro presso gli ospedali provinciali di Quelimane e Nampula;

A4.2 Realizzare una formazione (anche nella forma di *stage*) di introduzione per i due nuovi responsabili dei Registri del Cancro;

A4.3 Installare un sistema di registrazione digitale dei casi nei laboratori di riferimento dell'anatomia patologica (AP);

A4.4 Organizzare un workshop di progettazione di moduli di registrazione e bollettini delle visite per NCD da inserire nel Sistema di Informazione sanitaria del MISAU (SISMA);

A4.5 Sviluppare (programmare) i nuovi moduli SISMA in formato elettronico;

A4.6 Disseminare presso gli ospedali target del programma il nuovo modulo SISMA e monitorare l'effettiva integrazione nel sistema (nei NEP distrettuali, negli ospedali, ecc.) in stretto coordinamento con la Direzione Nazionale Pianificazione e Cooperazione (Dipartimento Informazione Sanitaria).

Visto l'ingente valore di investimento associato a tali attrezzature, la ATS affidataria dovrà preliminarmente verificare le capacità di uso e manutenzione di apparecchiature sofisticate da parte delle istituzioni sanitarie beneficiarie, al fine di adeguare il procurement alla loro effettiva capacità di assorbimento. Si tratterà in primo luogo di verificare le condizioni fisiche, logistiche, funzionali, di preparazione professionale all'utilizzo dei macchinari, confermando le premesse di sostenibilità tecnico-economica delle acquisizioni.

5.4.1 TEMATICHE TRASVERSALI

Tematiche di genere

In sede di elaborazione di questa iniziativa con il MISAU, è stata effettuata una riflessione su come i problemi sopra rilevati di salute pubblica abbiano un'incidenza diversa su uomini e donne e di come siano relazionati a fattori sociali e culturali con diverso impatto in termini di genere. Il Programma prende in considerazione questi fattori e propone un approccio che risponda in modo mirato alle diverse necessità di uomini e donne in termini di comunicazione, assistenza, accompagnamento e accesso ai servizi sanitari.

Da un lato, l'investimento per ridurre l'impatto di alcune malattie che colpiscono tipicamente solo le donne (per es. il cancro alla cervice), di per sé mira a riequilibrare lo svantaggio in termini di salvaguardia della salute della popolazione femminile, disegnando e proponendo modelli di prevenzione e intervento prima delle inevitabili conseguenze devastanti.

Dall'altro lato, si devono concepire specifiche azioni di sensibilizzazione in favore degli uomini verso i servizi di controllo dei fattori di rischio, con riferimento per esempio all'ipertensione e al diabete. Infatti la controparte è cosciente che, in generale, in Mozambico le Unità Sanitarie hanno sviluppato quasi esclusivamente un approccio di supporto e servizio all'utente donna, visto che gli uomini tendono a non rivolgersi ai centri sanitari, se non in situazioni di emergenza. Di questi elementi si dovrà tenere particolare conto nella progettazione del modello di "*consulta integrada*" per l'inclusione dell'analisi dei fattori di rischio per le malattie croniche nelle occasioni di visite di medicina curativa, ma anche nella produzione di materiali di sensibilizzazione e nella strategia di implementazione delle campagne di cinema itinerante.

Tutti i dati e le misurazioni del monitoraggio distingueranno, ove possibile, il coinvolgimento di uomini e donne perché sia valutato l'equilibrio di genere dell'impatto del programma.

Disabilità

Ove applicabile, la proposta esecutiva congiunta dovrà tenere conto delle difficoltà delle persone con disabilità ad accedere ai servizi sanitari e cercare di minimizzarle nella progettazione delle attività.

Sviluppo Locale

I beni acquistati e/o distribuiti nell'ambito dell'iniziativa dovranno essere acquistati, quando possibile ed economico, nel mercato locale al fine di permettere ricadute positive nelle aree di intervento. Nel caso di acquisto di beni strumentali e comunque di beni inventariabili, la proprietà di tali beni dovrà essere trasferita alle istituzioni beneficiarie secondo un piano esplicitamente concordato con la sede AICS di Maputo.

5.4.2 PIANO DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Le proposte pervenute dovranno comprendere un Piano di Monitoraggio & Valutazione (M&V, **Allegato A13b.**) che preveda indicatori di misurazione dei Risultati Attesi e dell'Obiettivo Specifico realistici ed appropriati, nonché le modalità di rilevazione periodica dei dati. Indicare eventuali modalità di coinvolgimento dei beneficiari nel monitoraggio. La definizione dei valori iniziali (*baseline*) e dei valori target potrà essere effettuata o comunque meglio definita e approfondita nel corso della realizzazione dell'intervento, entro la fase iniziale del progetto (ca. 3 mesi dall'inizio delle attività). In questa eventualità, descrivere come si procederà all'inizio delle attività a misurare i valori iniziali degli indicatori e ad organizzare un sistema di rilevazione e controllo dell'andamento degli indicatori. Laddove rilevante, gli indicatori dovranno essere disaggregati per genere. Gli indicatori devono essere ricavati da fonti primarie (inchieste sul terreno realizzate dal proponente) e/o secondarie (studi e pubblicazioni relative alle zone d'intervento e ai gruppi target).

5.5 COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE CON ALTRI PROGRAMMI E CON LE AUTORITÀ LOCALI

Si è sopra sottolineato alla sezione 5.2 che questa iniziativa è concepita come sostegno ad alcuni principali programmi del Governo del Mozambico che costituiscono la risposta strategica all'emergente problema di sanità pubblica rappresentato dalle NCD. Pertanto sarà necessario che l'Ente esecutore pianifichi e implementi tutte le azioni del programma in coordinamento con le istituzioni partner del MISAU più direttamente coinvolte, attraverso l'istituzione di comitati congiunti, *fora*, ecc.

I principali interlocutori dell'ATS saranno:

- il Programma nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili (PNCNT), della Direzione Nazionale Sanità Pubblica (DNSP), in particolare attraverso la sensibilizzazione comunitaria sui fattori di rischio di NCD, l'aggiornamento degli operatori sanitari e capacitazione dei docenti degli Istituti di Formazione del MISAU, nonché attraverso l'introduzione progressiva di protocolli di consultazione integrata per le NCD;
- il Programma nazionale di controllo del cancro (PNCC), anch'esso della Direzione Nazionale Sanità Pubblica (DNSP), attraverso la formazione dei tecnici di patologia e la creazione e l'equipaggiamento di tre nuovi laboratori di citologia, nonché l'introduzione di nuove tecniche digitali di comunicazione e diagnosi;
- i Programmi di formazione della Direzione Nazionale delle Risorse Umane (DNRH) e della Direzione Nazionale per la Formazione degli Operatori Sanitari (DNF), che intende sempre più adottare l'approccio della formazione continua in modo da capacitare il personale già in servizio, se possibile attraverso soluzioni tecnologiche efficienti ("Telesaúde"), invece che concentrare attenzione e risorse sulla formazione iniziale dei nuovi operatori entranti nel sistema sanitario.

La Sede AICS di Maputo parteciperà, durante la realizzazione dell'iniziativa, ai gruppi di coordinamento tra donatori del settore e Ministero della Sanità.

Tra gli altri interlocutori privilegiati figurano l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che presta assistenza tecnica al MISAU nell'ambito della prevenzione delle malattie non trasmissibili, nonché le OSC che in alcune province stanno realizzando specifici progetti dedicati alla lotta alle NCD.

Sarà valutata positivamente la capacità dei proponenti di integrare i contenuti della proposta presentata con altri interventi analoghi in atto o pianificati nelle aree d'interesse, facendo sì che l'intervento si basi sui principi di non duplicazione e ottimizzazione degli interventi, in coordinamento con tutti gli organismi preposti.

5.6 CONDIZIONI ESTERNE E RISCHI

È necessario che gli organismi affidatari dei progetti pongano in essere tutte le misure atte a mitigare i rischi relativi alle condizioni di sicurezza. Assoluta priorità deve essere data alla tutela dell'incolumità del personale impegnato sul terreno.

5.7 DURATA

L'iniziativa ha una durata prevista di 36 mesi.

5.8 COFINANZIAMENTO DEL PROGETTO

È possibile il coinvolgimento nel finanziamento dell'iniziativa di altri donatori, sia pubblici che privati. Nel caso in cui il co-donatore sia un privato, il rapporto tra la sede AICS Maputo e il co-donatore andrà disciplinato da un contratto di sponsorizzazione ai sensi dell'art. 19 del Codice dei Contratti pubblici, D. lgs. N. 50/2016, con l'obiettivo di conseguire e tutelare l'interesse pubblico prevalente, nel rispetto della normativa vigente, in particolare in materia di conflitto d'interesse e dei principi di efficacia, correttezza, non discriminazione, libera concorrenza e trasparenza.

6. IMPORTO MASSIMO DEI PROGETTI

L'importo massimo del finanziamento AICS della componente dell'Iniziativa affidata all'ATS selezionata è pari a 7.073.000 (settemilionisettantatremila/00) Euro.

7. TERMINI E MODALITÀ DI PRESENTAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PROPOSTE ESECUTIVE CONGIUNTE

Le proposte esecutive congiunte in **formato PDF nativo (PDF/A)** dovranno essere presentate dagli organismi proponenti alla sede di Maputo dell'Agenzia **entro e non oltre, a pena di esclusione, le ore 16.00 (ora mozambicana) del 27/05/2018** a mezzo posta elettronica certificata (PEC) e specificando nell'oggetto:

"Siglaenteponente_NCD_AID_11375/"Prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili"
al seguente indirizzo:

maputo@pec.aics.gov.it

Dando altresì comunicazione dell'avvenuta spedizione, con separata e-mail, al seguente indirizzo:

coordinamentosanitamaputo@gmail.com

Farà fede la data e l'ora di ricezione della casella di PEC dell'AICS Maputo.

N.B.: Ogni richiesta di chiarimento può essere rivolta al medesimo indirizzo di posta elettronica certificata (PEC), dandone altresì comunicazione, con separata e-mail, a:

coordinamentosanitamaputo@gmail.com.

Le risposte di interesse generale verranno pubblicate sul sito della Sede di Maputo dell'AICS.

Ciascun soggetto partecipante al presente Avviso potrà presentare solo **1 (una) proposta esecutiva congiunta**: o in qualità di Capofila di ATS (mandatario), oppure in qualità di Co-esecutore (mandante). La presentazione di più di una proposta da parte del medesimo soggetto (anche come mandatario o mandante di un'ATS) costituirà perciò causa di esclusione dello stesso dalla procedura di selezione.

La Proposta dovrà essere compilata secondo **l'Allegato A1**. "Modello di Proposta esecutiva congiunta" corredata dal Piano finanziario predisposto secondo **l'Allegato A2**. "Modello di Piano finanziario".²³ Trattandosi di una partecipazione circoscritta a sole OSC iscritte all'elenco e in possesso di esperienze tecniche e operative nel Paese e nel settore di intervento, non è richiesta la presentazione di un *concept paper* ma viene richiesta direttamente la presentazione della proposta esecutiva congiunta.

Entro 1 (uno) giorno lavorativo dal termine di presentazione delle proposte progettuali viene nominata in loco un'apposita Commissione di valutazione di cui al successivo punto 16.

8. CRITERI DI ELEGGIBILITA' DEI PARTECIPANTI E DOCUMENTAZIONE A SUPPORTO

Al presente Avviso di Affidamento saranno ammesse solo ATS. Le ATS partecipanti all'Avviso dovranno documentare l'esperienza di gestione di budget di entità analoga al presente, di esecuzione di programmi complessi e di sostegno a programmi governativi. Nel caso si tratti di ATS composte da sole due OSC, dovranno essere esplicitate adeguatamente le motivazioni che hanno condotto a limitare a due la partecipazione.

Potranno partecipare a tali ATS le OSC che, alla data di scadenza dell'avviso:

- a) Siano iscritte all'Elenco;
- b) Non siano debentrici verso le pubbliche amministrazioni per debiti certi, liquidi ed esigibili, comprese le situazioni debitorie derivanti da provvedimenti di revoca dei contributi per progetti promossi e/o affidati e/o di aiuto umanitario;
- c) Non si trovino in stato di bancarotta, non siano soggette a procedure d'insolvenza o liquidazione, in cui i beni vengano amministrati da un liquidatore o da un giudice, o in cui ci sia un accordo con i creditori, o in cui le attività siano sospese, o ogni altra situazione analoga prevista dall'ordinamento nazionale;

²³ La proposta esecutiva congiunta deve contenere un Quadro logico, il cui modello è presentato con **l'Allegato A13a**.

- d) Siano in regola con il pagamento di tasse o contributi previdenziali e assistenziali previsti dalla normativa nazionale vigente o dalla normativa vigente nel Paese in cui viene eseguito il contratto;
- e) Nei cui confronti non sia stata pronunciata una sentenza definitiva o una decisione amministrativa definitiva per violazioni gravi della normativa o degli standard etici propri del settore professionale di appartenenza dell'Ente, o per condotte illecite che abbiano inciso sulla credibilità professionale dell'Ente, ivi incluse, in particolare, le seguenti ipotesi:
- I. per aver presentato falsa dichiarazione o falsa documentazione nell'esecuzione di un contratto o in merito a criteri di eleggibilità e condizioni rilevanti per la partecipazione a procedure di selezione;
 - II. per aver stipulato accordi volti a distorcere la concorrenza;
 - III. per aver violato i diritti di proprietà intellettuale;
 - IV. per aver tentato di influenzare il processo decisionale dell'Autorità contraente durante una procedura di selezione;
 - V. per aver tentato di ottenere informazioni confidenziali potenzialmente foriere di indebiti vantaggi durante una procedura di selezione.
- f) Nei cui confronti non sia stata pronunciata una sentenza definitiva per uno dei seguenti reati:
- I. frode, ai sensi dell'art. 1 della Convenzione sulla protezione degli interessi finanziari delle Comunità Europee, di cui al *Council Act* del 26 luglio 1995;
 - II. corruzione, ai sensi dell'art. 3 della Convenzione sulla lotta alla corruzione dei funzionari delle Comunità Europee o dei funzionari degli Stati Membri dell'Unione Europea, di cui al *Council Act* del 26 maggio 1997, e nell'art. 2, comma 1, della Decisione Quadro del Consiglio 2003/568/JHA, così come ai sensi della normativa vigente italiana, o dalla normativa vigente nel Paese in cui l'Ente abbia la sede legale o nel Paese in cui viene eseguito il contratto;
 - III. partecipazione ad un'organizzazione criminale, ai sensi dell'art. 2, della Decisione Quadro del Consiglio 2008/841/JHA;
 - IV. riciclaggio o finanziamento del terrorismo, ai sensi dell'art. 1 della Direttiva 2005/60/EC del Parlamento Europeo e del Consiglio;
 - V. reati collegati al terrorismo o ad attività terroristiche, ai sensi, rispettivamente, degli artt. 1 e 3 della Decisione Quadro del Consiglio 2002/475/JHA, o istigazione, o concorso, o favoreggiamento, o tentativo di commettere i suddetti reati, ai sensi dell'art. 4 della Decisione Quadro sopra citata;
 - VI. lavoro minorile o altre forme di traffico di esseri umani ai sensi dell'art. 2 della Direttiva 2011/36/EU del Parlamento Europeo e del Consiglio.
- g) Non risultino inadempienti rispetto ad obbligazioni di contratti finanziati dall'Unione Europea o da pubbliche amministrazioni italiane, che abbiano portato alla conclusione anticipata del contratto o all'applicazione di penali o alla liquidazione di danni, o che siano emerse durante controlli, audit o ispezioni da parte di funzionari autorizzati

dall'Unione Europea, di OLAF o della Court of Auditors o da parte di pubbliche amministrazioni italiane.

- h) Nei cui confronti non sia stata pronunciata una sentenza definitiva o una decisione amministrativa definitiva per irregolarità ai sensi dell'art. 1, comma 2, del Regolamento del Consiglio (EC, Euratom) No 2988/951.
- i) Non si trovino in una delle situazioni di cui al Decreto legislativo del 2011 n. 159 ("Antimafia") e ss. mm. e presentino la documentazione necessaria all'ottenimento del certificato antimafia emesso dalle competenti autorità italiane.

I partecipanti attestano il possesso dei suddetti criteri di eleggibilità mediante dichiarazione sostitutiva in conformità alle previsioni del Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (v. **Allegato A3**).

9. REQUISITI DI CAPACITÀ TECNICA RICHIESTI

A ciascuna OSC membro dell'ATS proponente è inoltre richiesta una pregressa esperienza in almeno uno dei seguenti settori: sanità pubblica; sviluppo delle risorse umane in sanità; controllo delle malattie croniche non trasmissibili; lotta al cancro; procurement di attrezzature; sistemi di informazione. I requisiti di capacità tecnica possono essere posseduti anche dal partner delle OSC nel caso si tratti di un partner con il quale esista un Accordo di carattere generale (di varia natura come affiliazione, associazione, partenariato), preesistente all'Avviso (e non limitato quindi ad una specifica azione o stabilito solo ai fini della partecipazione all'Avviso) e valido anche dopo la conclusione delle attività relative all'Avviso.

I requisiti di capacità tecnica sono illustrati all'interno della proposta esecutiva congiunta presentata accompagnata da una dichiarazione sottoscritta in conformità alle disposizioni del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445.

10. CAPACITÀ DI OPERARE IN LOCO

La Capofila dell'ATS dovrà dimostrare la capacità di operare nel Paese dove ha luogo l'intervento attraverso apposita documentazione (registrazione presso le competenti autorità del Mozambico, oppure documentazione relativa a progetti recentemente conclusi o in corso comprovante il gradimento e l'accettazione da parte delle autorità locali nazionali o periferiche e la capacità di gestire risorse umane e risorse finanziarie in Mozambico). Qualora gli altri membri della ATS non posseggano capacità operativa in loco, nella proposta dovrà essere esplicitato come si intende rendere operativi tali membri nel Paese e/o chiarire con quali modalità essi contribuiranno alla realizzazione del progetto.

I requisiti di capacità operativa in loco possono essere posseduti anche dal partner delle OSC nel caso si tratti di un partner con il quale esista un Accordo (di varia natura come affiliazione, associazione, partenariato) di carattere generale, preesistente all'avviso (e non limitato quindi ad una specifica azione o stabilito solo ai fini della partecipazione all'Avviso) e valido anche dopo la conclusione delle attività relative all'Avviso.

11. PARTENARIATI

L'Ente esecutore può stipulare accordi di partenariato per la realizzazione di una parte delle attività oggetto dell'iniziativa

- con OSC appartenenti ad un Paese membro dell'OCSE o inserito nella lista OCSE-DAC dei Paesi ODA *Recipients*,
- con istituzioni pubbliche appartenenti ad un Paese membro dell'OCSE o inserite nella lista OCSE-DAC dei Paesi ODA *Recipients* e
- con Organismi Internazionali.

Il partner prescelto deve essere chiaramente identificato nella proposta e l'accordo sottoscritto con il partner deve essere allegato alla proposta stessa. Le OSC prive di sede operativa in Italia prescelte come partner devono essere in grado di operare nel Paese oggetto dell'iniziativa secondo la normativa locale.

L'Ente esecutore è responsabile della corretta esecuzione delle attività oggetto dell'accordo di partenariato nei confronti della Sede AICS competente. E' escluso ogni rapporto anche indiretto tra il MAECI - AICS ed i soggetti contraenti diversi dall'Ente esecutore o dai Co-esecutori, che si assumono in solido la responsabilità della scelta del partner.

Ad eccezione delle situazioni citate nei precedenti punti 9 e 10 relativi ai partner con i quali esista un Accordo di carattere generale, preesistente all'avviso e valido anche dopo la conclusione delle attività, i soggetti partner non potranno avere in affidamento attività la cui dimensione finanziaria superi il 25% dell'importo totale del progetto affidato.

12. DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE A CORREDO DELLA PROPOSTA ESECUTIVA CONGIUNTA

La documentazione progettuale dovrà fornire tutte le informazioni necessarie a consentire una sua corretta valutazione finale. Essa dovrà pertanto comprendere:

- La Proposta di Progetto con incluso il Piano finanziario, i Termini di Riferimento (TdR) per il personale di gestione del progetto²⁴;
- Gli estremi del decreto di iscrizione della Capofila e dei co-esecutori all'Elenco delle Organizzazioni della società civile ed altri soggetti senza finalità di lucro di cui all'art. 26 comma 3 della Legge 125/2014;

²⁴ I TdR dovranno essere strettamente pertinenti al Progetto e contenere una lista puntuale ed esaustiva delle mansioni previste per la figura professionale espatriata o locale in questione. I TdR non sono richiesti per le figure professionali con mansioni meramente esecutive, quali ad es. il personale di segreteria. Indicazioni concernenti: (i) il titolo di studio richiesto e gli anni trascorsi dal rilascio dello stesso; (ii) eventuali altri titoli di specializzazione; (iii) grado di conoscenza della/e lingue straniere; (iv) grado di esperienza lavorativa nel settore di competenza professionale; (v) grado di esperienza in interventi di cooperazione, in particolare in Paesi in via di sviluppo o in altri Paesi potenzialmente beneficiari di tali interventi. I CV devono essere inviati prima della firma del Contratto. La consegna dei CV è necessaria al fine di verificare la corrispondenza delle qualifiche ed esperienze professionali del personale per la gestione del progetto sia locale che espatriato con le indicazioni menzionate nei Termini di Riferimento. La consegna del CV non è necessaria per le figure professionali con mansioni meramente esecutive, quali ad es. il personale di segreteria. La Sede AICS si riserva il diritto di non accettare quei CV che non dovessero corrispondere a quanto specificato nei TdR.

- I MoU sottoscritti con eventuali *partner* locali;
- Accordo istitutivo di Associazione Temporanea di Scopo, oppure Lettera d'impegno, a firma dei rappresentanti legali delle OSC che presentano il progetto congiunto, a costituire l'Associazione Temporanea prima della stipula del contratto.

13. CAUSE DI ESCLUSIONE

Sono causa di esclusione delle proposte:

- a) Il mancato rispetto delle modalità o del termine previsti per la presentazione delle proposte;
- b) La mancanza dei criteri di eleggibilità;
- c) La mancanza dei requisiti di capacità tecnica;
- d) La presentazione di più di una proposta da parte del medesimo soggetto (come mandatario o mandante di un'ATS);
- e) La mancata sottoscrizione di una delle richieste dichiarazioni da sottoscrivere in conformità alle disposizioni del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445;
- f) La mancata dimostrazione della capacità ad operare in loco da parte della Capofila dell'ATS.

14. MODALITA' DI RICHIESTA DI INFORMAZIONI O CHIARIMENTI

Ogni richiesta di chiarimento potrà essere rivolta al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC):

maputo@pec.aics.gov.it

dandone altresì comunicazione dell'avvenuta spedizione, con separata e-mail, al seguente indirizzo: **coordinamentosanitamaputo@gmail.com**. Le risposte di interesse generale verranno pubblicate sul sito della sede di Maputo: **www.aicsmaputo.org**

15. TUTELA DELLA PRIVACY

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati personali raccolti ed i dati forniti dal proponente saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le dichiarazioni saranno rese.

I dati personali forniti all'Amministrazione saranno dunque oggetto di trattamento esclusivamente per le finalità del presente Avviso pubblico e per scopi istituzionali.

Il trattamento dei dati in questione è presupposto indispensabile per la partecipazione al presente avviso e per tutte le conseguenti attività.

I dati personali saranno trattati dall'AICS per il perseguimento delle sopraindicate finalità in modo lecito e secondo correttezza anche con l'ausilio di mezzi elettronici e comunque automatizzati.

Per le predette finalità i dati personali possono essere comunicati a Soggetti terzi, che li gestiranno quali responsabili del trattamento, esclusivamente per le finalità medesime.

16. SELEZIONE, CRITERI DI VALUTAZIONE ED APPROVAZIONE DELLE PROPOSTE

La procedura di selezione è volta all'individuazione del soggetto esecutore idoneo a realizzare l'iniziativa descritta nel presente avviso.

La procedura di selezione comprende una fase di verifiche amministrative e una di valutazione delle proposte. Le verifiche amministrative riguardano la completezza e correttezza della documentazione presentata e il rispetto dei criteri di eleggibilità previsti nell'avviso. La valutazione delle proposte consiste in un esame comparativo delle caratteristiche dei proponenti (competenza, esperienza acquisita nella realizzazione di progetti analoghi, risorse umane dedicate al progetto) e delle proposte progettuali in termini di appropriatezza delle attività individuate, delle modalità di attuazione, dell'innovazione e delle soluzioni tecniche e operative proposte, della coerenza e validità del cronogramma, della correttezza e effettiva misurabilità degli indicatori selezionati e delle relative fonti per il reperimento dei dati, del programma di monitoraggio e delle risorse ad esso dedicate, della capacità di intervento sui fattori che influenzano la sostenibilità, della strategia di uscita proposta, sui partenariati attivati, sull'appropriatezza delle risorse tecniche, umane e finanziarie destinate all'attuazione delle singole attività progettuali secondo quanto riportato nella griglia di valutazione allegata al presente avviso (**Allegato A4**).²⁵

I contenuti tecnici illustrati al punto 5 del presente avviso (risultati attesi, attività e target individuati) sono stati illustrati in modo da fornire indicazioni necessarie a inquadrare e formulare le proposte da parte dei soggetti interessati. **Tali soggetti saranno tuttavia liberi di proporre altre attività o soluzioni operative attinenti e coerenti con il quadro progettuale illustrato, all'interno dell'importo massimo ammissibile (7.073.000,00 Euro) che non può essere superato.**

La durata complessiva della selezione, ovvero il periodo compreso tra la scadenza del termine per la presentazione delle proposte e l'approvazione definitiva dei progetti non potrà avere durata superiore a **180 (centottanta) giorni**.

Le proposte esecutive congiunte presentate a seguito della pubblicazione dell'Avviso sono valutate da una Commissione nominata con apposito provvedimento del Direttore della sede AICS di Maputo. Tale Commissione di valutazione è costituita da un Presidente e un Segretariato non votanti e da un numero dispari di membri votanti.

Il Segretariato effettua le verifiche amministrative sui criteri di eleggibilità dei partecipanti e sulle proposte, in base ai requisiti stabiliti dall'avviso, e trasmette alla Commissione la lista delle proposte ammesse alla valutazione e le motivazioni delle eventuali esclusioni. La Commissione, acquisita la documentazione, valida gli esiti delle verifiche amministrative. A tal fine, essa può riservarsi di richiedere integrazioni all'OSC per decidere in merito all'ammissibilità della proposta.

La Commissione può riservarsi di richiedere integrazioni e/o rettifiche alla documentazione inviata dai proponenti, in ogni fase della procedura, verbalizzando le ragioni di tale decisione.

Le proposte saranno valutate e classificate, eventualmente anche attraverso verifiche sul campo, attribuendo loro un punteggio complessivo calcolato sommando i punteggi assegnati a ciascuno dei parametri di valutazione secondo la griglia allegata. La commissione provvederà a valutare e classificare le proposte **entro 25 (venticinque) giorni lavorativi** dalla data del decreto di nomina.

²⁵ Viene fissata una soglia di 60 pt. su un totale massimo di 100, quale punteggio minimo da raggiungere ai fini della decisione da parte dell'AICS Maputo di affidamento del progetto

I contenuti delle proposte che hanno ottenuto il punteggio più elevato saranno sottoposti a cura della Commissione all'attenzione e alla validazione da parte delle autorità nazionali richiedenti il programma (Ministero della Sanità - MISAU). Tale validazione è condizione necessaria per procedere all'approvazione definitiva della proposta selezionata.

Al termine dei lavori, la Commissione elabora la graduatoria delle proposte ammesse ad ottenere l'affidamento, sulla base dello stanziamento e delle modalità stabilite nell'avviso.

L'Ente esecutore selezionato riceverà tempestiva comunicazione dell'esito della selezione che sarà altresì pubblicato sul sito *web* della Sede AICS Maputo. La comunicazione a tutti i soggetti proponenti degli esiti della valutazione e della conseguente proposta di affidamento dell'iniziativa relativa al presente Avviso, dovrà avvenire **entro 1 (un) giorno lavorativo** dall'approvazione della proposta definitiva.

17. STIPULA DEL CONTRATTO

A seguito degli esiti dei lavori della Commissione, il titolare della Sede AICS che gestisce l'avviso adotta una Determina di affidamento dell'iniziativa e la comunica all'Ente esecutore. Tale comunicazione reca, tra l'altro, le indicazioni per la presentazione della documentazione necessaria alla stipula del Contratto.

Il Contratto è l'accordo tra l'AICS sede di Maputo e l'Ente esecutore che regola le modalità di esecuzione dell'iniziativa (avvio delle attività, varianti, etc.), i pagamenti, la reportistica e le altre condizioni, descritte in dettaglio nel Manuale di gestione e rendicontazione (**Allegato A10.**). La sottoscrizione del Contratto rappresenta il termine iniziale da cui decorre l'eleggibilità delle spese. Non saranno oggetto di rimborso le spese sostenute prima della firma del contratto. Il modello di contratto è allegato al presente Avviso (**Allegato A7.**).

Prima della stipula del contratto l'AICS Maputo potrà richiedere all'Ente esecutore di emendare il piano finanziario da eventuali errori materiali o costi non ammissibili e/o di apportare modifiche indispensabili e comunque di lieve entità tali da non alterare la proposta, sulla base dei verbali della Commissione o di esigenze legate al tempo intercorso tra la presentazione e l'approvazione della proposta. Le modifiche non potranno, in ogni caso, alterare il costo totale né l'impianto complessivo dell'iniziativa, nel rispetto dei principi di equità e pari trattamento.

A seguito della comunicazione della Determina di affidamento, l'Ente esecutore selezionato dovrà inviare, alla Sede AICS Maputo, la documentazione necessaria per la stipula del contratto indicata al successivo punto 18.

18. DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE PRIMA DELLA STIPULA DEL CONTRATTO

Entro 30 giorni lavorativi dalla comunicazione della Determina dell'affidamento, di cui al precedente punto 17, gli affidatari del progetto sono tenuti a presentare la seguente documentazione probatoria:

- Polizze fideiussorie (**Allegato A6.**);
- Documentazione (contratti o accordi con autorità, istituzioni nazionali/locali, organismi internazionali o altri donatori bilaterali) che attesti la pregressa esperienza in uno o più settori indicati nel presente avviso (sanità pubblica; sviluppo delle risorse umane in sanità; controllo delle malattie croniche non trasmissibili; lotta al cancro; procurement di attrezzature sanitarie; sistemi di informazione sanitaria);

- Documentazione (registrazione o altre attestazioni che evidenzino la capacità operativa in loco) secondo quanto indicato al precedente punto 10;
- Documentazione necessaria al rilascio della Certificazione antimafia. Ciascuno dei soggetti facenti parte dell'Associazione dovrà presentare la documentazione antimafia (v. **Allegati A5a. e A5b.**);
- CV e dichiarazione d'esclusività (**Allegato A8.**) del personale di gestione del progetto. Sarà responsabilità dell'ente esecutore acquisire ed esibire in tempi appropriati i necessari permessi lavorativi per il personale che intende impiegare nel progetto;
- Eventuale documentazione a sostegno della autodichiarazione fornite in sede di presentazione della proposta, comprovante l'assenza di una delle cause di esclusione previste;
- Numero del conto corrente in loco o in Italia dedicato anche in via non esclusiva alle commesse pubbliche al fine di permettere la corretta tracciabilità dei trasferimenti;
- Delega di firma e autorizzazione ad operare il conto corrente bancario del progetto in loco a favore del Capo Progetto o di altra persona designata dall'affidatario;
- Documentazione attestante la costituzione di una ATS.

19. REALIZZAZIONE DELL'INIZIATIVA

L'Ente esecutore deve realizzare almeno una parte dell'iniziativa in proprio, ma può avvalersi dei partner e/o di soggetti terzi incaricati di realizzare delle attività nei limiti specificati nel precedente punto 11.

Nel caso in cui la realizzazione sia affidata ai partner, è necessario disciplinarne le modalità di collaborazione nel relativo accordo. Nel caso in cui la realizzazione sia affidata a soggetti terzi, l'Ente esecutore per l'acquisizione di lavori, beni e servizi, dovrà utilizzare procedure comparative pubbliche nel rispetto della normativa vigente avvalendosi, preferibilmente e laddove possibile, di personale e materiali locali. Le medesime procedure devono essere utilizzate anche dai partner.

Il contributo sarà erogato in rate di numero pari alle annualità di durata del progetto. L'anticipo, se richiesto, viene erogato a seguito della presentazione di una garanzia fideiussoria di un ammontare pari al 30 per cento dell'importo anticipato, ai sensi e nei modi di cui all'articolo 1, comma 283 della Legge 27 dicembre 2017, n. 205, entro il termine indicato nell'avviso.

La garanzia deve operare secondo le seguenti modalità:

- a) l'importo deve essere pari a un ammontare pari al 30 per cento del contributo erogato a titolo di anticipo, ai sensi e nei modi di cui all'articolo 1, comma 283 della Legge 27 dicembre 2017, n. 205;
- b) la durata deve essere tale da coprire il tempo necessario all'AICS per l'approvazione del rapporto descrittivo e contabile finale. La garanzia dovrà essere svincolata solo in seguito a formale comunicazione dell'AICS;

- c) in caso di estensioni e/o proroghe della durata dell'iniziativa e/o posticipi nella presentazione del rapporto finale, che necessitano comunque di una preventiva approvazione da parte dell'AICS, l'Ente esecutore è tenuto a prorogare la garanzia;
- d) nel caso di rate con importi differenti, l'ammontare della garanzia può essere adeguato, di volta in volta, al 30 per cento della corrispondente rata di contributo erogata in anticipo, al netto degli eventuali residui e spese inammissibili detratti dall'AICS. In tal caso l'ente erogatore, ricevuta la comunicazione di approvazione del rapporto annuale contenente l'importo della rata da versare, dovrà adeguare la garanzia e darne comunicazione all'AICS, che procederà alla liquidazione della rata.

Le garanzie dovranno essere rilasciate in Italia da Istituti autorizzati ai sensi dell'articolo 35, comma 18, terzo, e quarto periodo del codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e in esercizio da almeno tre anni. La fideiussione, a scelta dell'Ente esecutore, può essere bancaria o assicurativa e deve prevedere espressamente la rinuncia al beneficio della preventiva escussione del debitore principale, la rinuncia all'eccezione di cui all'articolo 1957, comma 2, del codice civile, nonché l'operatività della garanzia medesima entro quindici giorni, a semplice richiesta scritta dell'AICS.

La garanzia viene svincolata alla chiusura dell'iniziativa, previa approvazione del rapporto finale. L'AICS può procedere all'escussione della garanzia in presenza di gravi irregolarità nell'esecuzione dell'iniziativa, compresi i casi di persistenti e ingiustificati ritardi nella presentazione dei rapporti annuali e/o finale.

L'Ente esecutore deve presentare, nei termini descritti nel Manuale di Gestione (**Allegato A10**):

- un Piano Operativo entro due mesi dalla data di inizio delle attività (vedi **Allegato A12.**);
- rapporti semestrali descrittivi per tutta la durata del progetto (**Allegato A9.**);
- rapporti descrittivi e contabili (**Allegati A9. e A11a.**) alla fine della prima e della seconda annualità;
- un Rapporto Finale.

I rapporti descrittivi e contabili annuali devono essere corredati da una relazione elaborata da un revisore legale dei conti scelto tra coloro che risultano iscritti da almeno tre anni nell'apposito registro di cui al Decreto Legislativo 27 gennaio 2010, n. 39 ovvero di cui al previgente Decreto Legislativo 27 gennaio 1992, n. 88.

La relazione di revisione contabile dei progetti dovrà certificare la conformità delle procedure d'acquisizione di forniture, servizi e opere rispetto alla legislazione vigente (Codice dei Contratti Pubblici italiano, D.Lgs. 18 aprile 2016, n.50) e alle procedure italiane di revisione contabile e finanziaria.

Le rate successive alla prima, sia nel caso dell'erogazione per anticipi che per stati d'avanzamento, saranno erogate a seguito dell'approvazione dei rapporti descrittivi e contabili e della relazione del revisore dei conti, al netto delle eventuali spese non ammissibili e degli eventuali residui.

Nel caso di erogazione per stato di avanzamento, tutte le rate saranno erogate a seguito dell'approvazione dei rapporti descrittivi e contabili.

La tempistica della realizzazione del progetto è definita in dettaglio nel Manuale di gestione e rendicontazione (**Allegato A10.**).

20. ELEGGIBILITA' DELLE SPESE

Sono ammissibili le spese che siano:

- a) **pertinenti** e univocamente riconducibili alle attività del progetto;
- b) **previste** dal piano finanziario vigente;
- c) sostenute nel **periodo temporale** compreso tra stipula del contratto e la conclusione del progetto e pagate entro 90 (novanta) giorni dalla chiusura delle attività;
- d) **congrue** rispetto ai normali parametri di riferimento del settore e del contesto locale/geografico;
- e) **effettivamente sostenute**, ovvero comprovate da fatture, quietanze o documenti contabili aventi forza probante equivalente, di cui sia possibile accertare l'avvenuto pagamento integrale e la registrazione nelle scritture contabili ove previste dalla legge;
- f) **contabilizzate**, ovvero che siano inserite in un sistema contabile e abbiano dato luogo a registrazioni contabili in conformità con le disposizioni normative, i principi contabili e con le eventuali ulteriori specifiche prescrizioni in materia secondo la normativa vigente;
- g) **tracciabili** ai sensi della normativa vigente e delle deroghe ad essa previste;
- h) **conformi** alle disposizioni comunitarie e nazionali, tenendo conto della normativa locale.

Le spese ammissibili sono **al netto di IVA** (o di imposta equivalente vigente nel Paese beneficiario) qualora l'Ente esecutore ne sia esente oppure abbia diritto al suo rimborso. Nei casi in cui l'IVA (o l'imposta vigente all'estero) non sia recuperabile, essa va invece inclusa nell'indicazione delle spese sostenute e nei rapporti. In tale ultimo caso è necessario presentare la documentazione giustificativa di supporto, anche sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà comprensiva delle informazioni necessarie.

Alcune tipologie di spesa (per esempio, taxi utilizzati nel paese beneficiario per motivi di servizio, parcheggio di veicoli del progetto, spese di vitto e acquisto di generi alimentari) sono ammissibili unicamente se si riferiscono strettamente ad attività effettuate nell'ambito degli obiettivi del progetto stesso.

Il compenso del **revisore contabile** ai sensi della normativa italiana può avere un ammontare pari **al massimo al 2% del costo totale dell'iniziativa**.

Sono inoltre ammissibili le spese del revisore contabile in loco, ai sensi della normativa locale.

Spese non ammissibili, a titolo esemplificativo e non esaustivo²⁶:

- a) spese per l'acquisto di beni o veicoli **effettuate al di fuori del Paese beneficiario**, ad esclusione di quelle per cui sia stata dimostrata con dichiarazione motivata l'impossibilità di acquistarli in loco a qualità invariata e prezzi competitivi;
- b) spese per l'acquisto di **attrezzature strettamente personali** e che non siano trasferite, al termine del progetto, agli attori locali coinvolti;

²⁶ Eventuali ulteriori voci di spesa inammissibili possono riferirsi a: a) beni voluttuari o di lusso (es. profumi, cosmetici, opere d'arte, bevande alcoliche, articoli sportivi, ecc.); b) beni, servizi ed opere civili direttamente o indirettamente connesse ad attività militari e di polizia; c) ammortamenti di debiti precedentemente contratti e perdite future del beneficiario o degli utilizzatori finali; d) interessi dovuti a terzi da parte dell'Ente esecutore.

- c) interessi derivanti da danno emergente o lucro cessante cagionato dall'Ente esecutore a terzi; **multe** (anche se relative ai veicoli del progetto), sanzioni pecuniarie, penali e spese per controversie legali;
- d) **IVA** o altre imposte equivalenti, se **rimborsabile**;
- e) **spese di rappresentanza** e spese a carattere personale sostenute in Italia o nel Paese beneficiario dagli operatori del progetto (ad esempio: tintoria, generi di conforto afferenti alla loro permanenza nel paese beneficiario, ecc.);
- f) spese afferenti a **categorie non preventivate nel piano finanziario approvato e/o non coerenti con il progetto**;
- g) spese effettuate **al di fuori del periodo** previsto dal Contratto per l'esecuzione dell'iniziativa, oltre ai 90 (novanta) giorni previsti per l'effettuazione dei pagamenti;
- h) spese **non supportate da documentazione in regola con la normativa fiscale**;
- i) spese il cui pagamento sia stato effettuato in **contanti**, ad esclusione delle ipotesi espressamente consentite dalla normativa vigente e dalla normativa locale, alla luce del contesto di riferimento e in presenza di dichiarazione motivata da parte dell'ente esecutore.

Le spese sostenute per le **fideiussioni**, in quanto antecedenti alla stipula del contratto, sono a carico dell'Ente esecutore.

In caso di conto corrente dedicato al progetto fruttifero, gli **interessi attivi** maturati sul conto verranno detratti dal saldo finale.

La Commissione di valutazione effettuerà il controllo delle spese ammissibili rispettando i massimali indicati nell'**Allegato A10**.

21. RENDICONTAZIONE DELLE SPESE

Tutte le spese effettuate in valuta differente dall'Euro dovranno essere rendicontate in Euro al tasso di cambio medio mensile UIC o InforEuro del mese in cui sono state sostenute, pubblicato sul sito ufficiale della Banca d'Italia: <https://tassidicambio.bancaditalia.it/>, o sul sito Inforeuro: http://ec.europa.eu/budget/contracts_grants/info_contracts/inforeuro/index_en.cfm

I documenti giustificativi di spesa dovranno avere le seguenti caratteristiche:

- a) essere intestati a un membro dell'ATS, alla controparte locale o al partner purché siano chiaramente identificati nella proposta di progetto;
- b) avere data posteriore a quella della sottoscrizione del contratto;
- c) contenere il codice del progetto. I giustificativi riconducibili a spese imputate al contributo di Enti diversi dall'AICS dovranno riportare, anche in allegato, la dicitura "fattura consegnata ai fini della quota parte [X]% dell'iniziativa Codice progetto ..." finanziata da [nome dell'ente];
- d) essere registrati nella contabilità generale dell'Ente esecutore e riportati nei bilanci.

I progetti dovranno essere obbligatoriamente sottoposti alla fine di ogni esercizio annuale a revisione contabile e finanziaria, che ne attesti, a seguito dell'esame completo della

documentazione giustificativa, l'attendibilità e la corrispondenza al piano finanziario approvato. Essa deve essere elaborata da un revisore legale dei conti scelto fra coloro che risultano iscritti da almeno tre anni nell'apposito registro di cui al Decreto Legislativo 27 gennaio 2010, n. 39 ovvero di cui al previgente Decreto Legislativo 27 gennaio 2010, n. 88. La relazione di revisione contabile dei progetti dovrà certificare la conformità delle procedure d'acquisizione di forniture, servizi e opere rispetto alla legislazione vigente (Codice dei Contratti Pubblici italiano, D.Lgs. 18 aprile 2016, n.50) in base alle modalità descritte nel Manuale di gestione e rendicontazione (**Allegati A10., A11a. e A11b.**) e alle procedure italiane di revisione contabile e finanziaria.

22. DISPOSIZIONI FINALI

Per quanto non espressamente previsto dal presente Avviso, si applicano le "Condizioni e modalità per l'affidamento di iniziative di Cooperazione allo Sviluppo ad organizzazioni della società civile e altri soggetti senza finalità di lucro iscritti all'elenco di cui all'art. 26, comma 3, della legge 125/2014", approvate dal Comitato Congiunto per la Cooperazione allo Sviluppo con Delibera n. 50 del 5 febbraio 2018, e i principi desumibili dalle pertinenti norme vigenti.

La Sede AICS si riserva la facoltà di annullare o revocare il presente bando in caso di mancata disponibilità dei fondi per il finanziamento delle iniziative.