



# Il Progetto Sphere

**La Carta Umanitaria  
e gli standard minimi  
nell'intervento umanitario**



Pubblicato da: **Progetto Sphere**

Copyright@The Sphere Project 2011. E-mail: info@sphereproject.org - Sito web: www.sphereproject.org

Il progetto Sphere è stato avviato nel 1997 da un gruppo di organizzazioni non governative, dalla Croce Rossa e dalla Mezzaluna Rossa, le quali hanno sviluppato una serie di Standard minimi universali nei settori principali della risposta umanitaria: il Manuale Sphere. Lo scopo del manuale è quello di migliorare la qualità della risposta umanitaria in situazioni di calamità e conflitti, e accrescere la responsabilità del sistema umanitario nei confronti delle persone colpite dal disastro. La Carta Umanitaria e gli standard minimi nella risposta umanitaria sono il risultato dell'esperienza collettiva di molti soggetti e agenzie. Essi non devono quindi considerarsi come rappresentativi di una singola agenzia.

Terza edizione 2011

*Tutti i diritti riservati. Il presente materiale è protetto da copyright, tuttavia può essere riprodotto attraverso qualsiasi procedimento senza costi aggiuntivi per gli scopi educativi, ma non ai fini della rivendita. È necessaria l'autorizzazione formale per tali utilizzi, sebbene essa sia accordata tempestivamente. Per la copia in altri casi, per la pubblicazione on-line, il riutilizzo in altre pubblicazioni, per la traduzione o adattamento, si richiede la previa autorizzazione scritta da parte del possessore del copyright. Può essere prevista una tassa.*

Distribuito per il Progetto Sphere da Practical Action Publishing e i suoi agenti e rappresentanti in tutto il mondo.

Questa edizione in lingua italiana, pubblicata nel 2016, è stata redatta a cura di AGIRE, Agenzia Italiana per la Risposta alle Emergenze, sulla base della edizione del 2011. E-mail: segretariato@agire.it Sito web:www.agire.it

Traduzione di Francesca Marrai. Correzione delle bozze Francesca Ballarin. Con la partecipazione del gruppo di studenti SIOI (Società Italiana per l'Organizzazione Internazionale): Pietro Antinucci, Antonella Bonfiglio, Benedetta Cervelli, Umberto Davide, Daniela Diaz, Veronica Frasghini, Matteo Gentili, Silvia Gronich, Alessandro Iodice, Carolina Leoni, Giulia Lodi, Martina Orlandi, Valeria Pozzessere, Corinna Schettino, Martina Tessicini. Coordinati dalla dott.ssa Francesca Ballarin, formatrice e referente di AGIRE, Focal Point italiano Sphere e dalla dott.ssa Pia Cantini.



## Prefazione

La presente ultima edizione del Manuale Sphere, *Carta Umanitaria e Standard Minimi nella Risposta Umanitaria*, è il risultato di un'ampia collaborazione tra agenzie.

La Carta Umanitaria e gli standard minimi riflettono la determinazione delle agenzie per migliore sia l'efficacia della propria assistenza sia la responsabilità nei confronti delle proprie parti interessate, contribuendo a creare un contesto concreto per la responsabilità.

La Carta Umanitaria e gli standard minimi ovviamente non impediranno la crisi umanitaria, né possono prevenire le sofferenze umane. Ciò che essi offrono, tuttavia, è un'opportunità di rafforzamento dell'assistenza con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone colpite da disastri.

A partire dalla loro origine alla fine del 1990, come iniziativa di un gruppo di ONG umanitarie insieme al Movimento della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa, gli Standard Sphere sono attualmente applicati come standard de facto nella risposta umanitaria del ventunesimo secolo.

Una parola di gratitudine deve quindi essere riservata a tutti coloro che hanno reso tutto ciò possibile.

Ton van Zutphen  
Presidente di Sphere

John Damerell  
Responsabile del progetto

# Ringraziamenti

La revisione del Manuale Sphere è stata un processo di collaborazione ricco e consultivo, il quale ha coinvolto un numero considerevole di persone in tutto il mondo per tale ragione, è impossibile menzionarle individualmente. Il progetto Sphere riconosce la mole dei contributi e la disponibilità delle organizzazioni e degli individui che hanno voluto essere coinvolti.

Il processo di revisione del Manuale è stato condotto da un gruppo di punti centrali per i capitoli tecnici e per i temi trasversali, sostenuto da esperti per le questioni emergenti, il tutto elaborato poi dal settore interessato, sia distaccato dalle organizzazioni umanitarie sia direttamente assunto, in base al tipo di lavoro previsto.

I consulenti hanno revisionato gli elementi rilevanti per il Manuale nel loro complesso, tale lavoro è stato ulteriormente notevole. Se non diversamente specificato, le persone menzionate di seguito sono stati consulenti.

**Carta umanitaria:** James Darcy, Mary Picard, Jim Bishop (InterAction), Clare Smith (CARE International) e Yvonne Klynman (IFRC)

**Principi di protezione:** Ed Schenkenberg van Mierop (ICVA) e Claudine Haenni Dale

**Standard essenziali:** Peta Sandison e Sara Davidson

## Capitoli tecnici

- ▶ **Approvvigionamento idrico, servizi igienico-sanitari e promozione dell'igiene:** Nega Bazezew Legesse (Oxfam GB)
- ▶ **Sicurezza alimentare e nutrizione**
  - Nutrizione: Susan Thurstans (Save the Children UK)
  - Sicurezza alimentare e mezzi di sostentamento: Devrig Velly (Action contre la faim)
  - Aiuti alimentari: Paul Turnbull (Programme alimentaire mondial, PAM) e Walter Middleton (World Vision International)
- ▶ **Rifugi, insediamenti e generi non alimentari:** Graham Saunders (Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge)
- ▶ **Azioni per la salute:** Mesfin Teklu (World Vision International)

## Temi trasversali

- ▶ **Bambini:** Monica Blomström e Mari Mörth (Save the Children Sweden)
- ▶ **Persone anziane:** Jo Wells (HelpAge International)
- ▶ **Persone con disabilità:** Maria Kett (Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre)
- ▶ **Genere:** Siobhán Foran (IASC GenCap Project)
- ▶ **Questioni psicosociali:** Mark van Ommeren (OMS) e Mike Wessells (Columbia University)
- ▶ **HIV e AIDS:** Paul Spiegel (HCR)
- ▶ **Ambiente, cambiamento climatico e riduzione del rischio di disastro:** Anita van Breda (WWF) e Nigel Timmins (Christian Aid)

## Standard integrativi di Sphere

- ▶ **Educazione:** Jennifer Hofmann e Tzvetomira Laub (INEE)
- ▶ **Bestiame:** Cathy Watson (LEGS)
- ▶ **Ripresa economica:** Tracy Gerstle e Laura Meissner (Réseau SEEP)

## Personale esperto

- ▶ **Early recovery:** Maria Olga Gonzalez (PNUD/Bureau pour la prévention des crises et le relèvement)
- ▶ **Coordinamento e gestione dei campi:** Gillian Dunn (International Rescue Committee, IRC)
- ▶ **Programmazione di trasferimento di denaro:** Nupur Kukrety (Cash Learning Partnership Network)

Inoltre, è stato consultato un determinato numero di persone per il campo civile-militare, la sensibilità ai conflitti e gli ambienti urbani.

**Gruppi di lavoro e gruppi di riferimento:** I gruppi di lavoro e quelli di riferimento sono stati creati per sostenere l'impiego dei punti centrali; anche se il Progetto Sphere riconosce il contributo di tutte queste persone, i loro nomi individuali non sono inclusi nel presente documento. Tuttavia, un elenco completo di tutti i membri può essere trovato nel sito web: [www.sphereproject.org](http://www.sphereproject.org).

**Redattori:** Phil Greaney, Sue Pfiffner e David Wilson

**Coordinatore del laboratorio di revisione:** Raja Jarrah

**Specialista del monitoraggio e della valutazione:** Claudia Schneider (SKAT)

## Consiglio di amministrazione di Sphere (al 31 dicembre 2010)

Action by Churches Together (ACT) Alliance (John Nduna) ; Agency Coordinating Body for Afghan Relief (ACBAR) (Laurent Saillard) ; Aktion Deutschland Hilft (ADH) (Manuela Rossbach) ; CARE International (Olivier Braunsteffer) ; CARITAS Internationalis (Jan Weuts) ; Conseil international des Agences bénévoles (ICVA) (Ed Schenkenberg van Mierop) ; International Rescue Committee (IRC) (Gillian Dunn) ; InterAction (Linda Poteat) ; Intermón Oxfam (Elena Sgorbati) ; Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (Simon Eccleshall) ; Fédération luthérienne mondiale (FLM) (Rudelmar Bueno de Faria) ; Groupe d'action sur la politique d'intervention d'urgence (PAGER) (Mia Vukojevic) ; Plan International (Unni Krishnan) ; Save the Children Alliance (Annie Foster) ; Sphere India (N.M. Prusty) ; Armée du salut (Raelton Gibbs) ; World Vision International (Ton van Zutphen).

## Donatori

Oltre ai contributi da parte del Consiglio delle organizzazioni elencate sopra, il finanziamento per il processo di revisione del manuale è stato fornito da:

Agenzia australiana per lo sviluppo internazionale (AusAID) \* Comunità europea ufficio umanitario (ECHO) \* Ministero tedesco degli Affari Esteri\* Ministero spagnolo degli Affari Esteri\* Direzione svizzera dello sviluppo e della cooperazione (DSC) \* Dipartimento del Regno Unito per lo sviluppo internazionale (DFID) \* United States Department of State Bureau of Refugees and Migration (US-PRM) \* United States Agency for International Development Office of Foreign Disaster Assistance (US-OFDA).

## Personale del Progetto Sphere

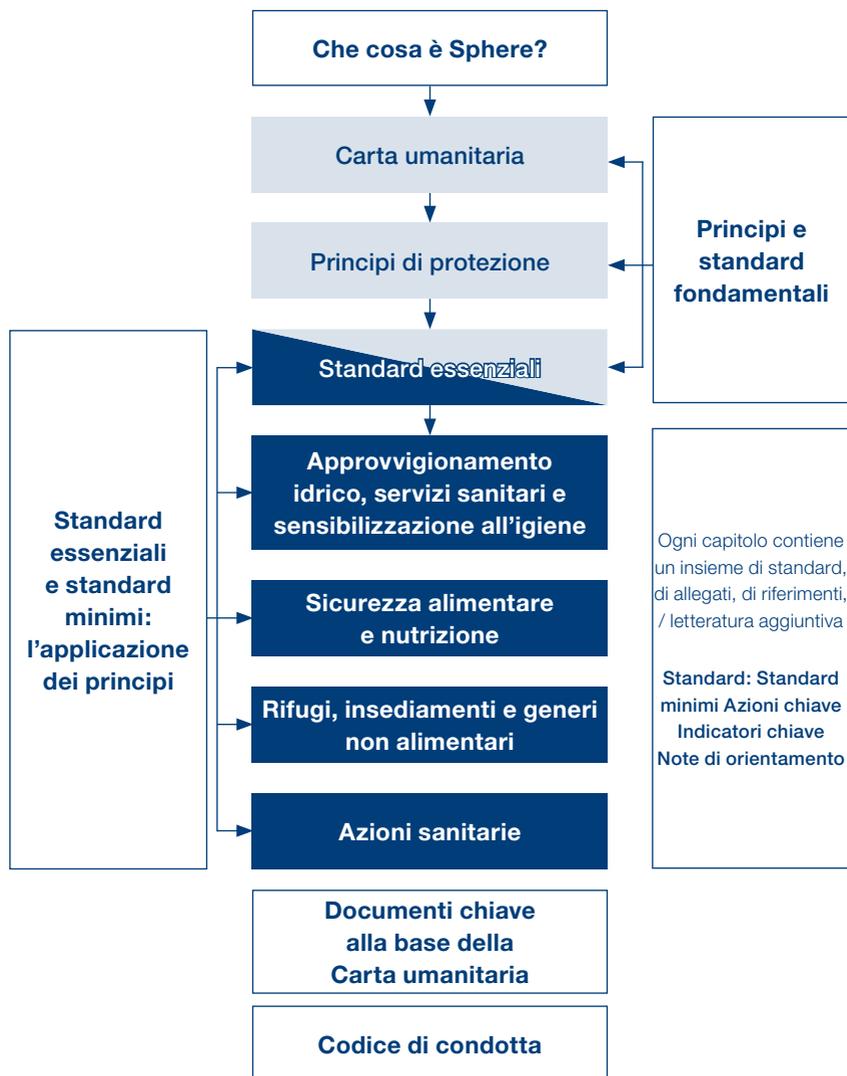
Direttore del Progetto: John Damerell  
 Formazione e gestione dell'apprendimento: Verónica Foubert  
 Promozione e gestione dei materiali: Aninia Nadig  
 Supporto alla formazione e alla promozione: Cécilia Furtade  
 Amministrazione e Finanza: Lydia Beauquis

Nelle varie fasi durante il processo di revisione del Manuale, Alison Joyner, Hani Eskandar e Laura Lopez hanno fornito il gruppo di supporto aggiuntivo.

# Contenuti

Prefazione .....	iii
Ringraziamenti .....	iv
Cosa è il Progetto Sphere? .....	3
La Carta umanitaria .....	21
I principi di protezione.....	29
Gli standard essenziali .....	55
Standard minimi per l'approvvigionamento idrico, servizi igienico sanitari e promozione dell'igiene .....	91
Standard minimi nella sicurezza alimentare e nutrizione .....	159
Standard minimi in rifugi, insediamenti e generi non alimentari .....	275
Standard minimi negli interventi sanitari .....	329
Allegati .....	405
Allegato 1. Documenti fondamentali che influenzano la Carta Umanitaria ..	406
Allegato 2. Codice di condotta per il Movimento internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa e Organizzazioni non governative (ONG) in operazioni di soccorso .....	419
Allegato 3. Abbreviazioni e acronimi .....	428
Indice .....	431

## Il manuale



# Che cosa è Sphere?

## Che cosa è il progetto Sphere?

Il progetto Sphere e il relativo manuale sono noti per aver introdotto considerazioni riguardanti la qualità e la responsabilità della risposta umanitaria. Tuttavia, quali sono le origini del Progetto Sphere? Qual è il suo approccio e la sua filosofia? In che modo e per quale motivo è stato concepito il presente manuale? Dove si colloca nell'ampio dominio dell'azione umanitaria? Chi dovrebbe farne uso e quando? Il presente capitolo cerca di fornire le risposte a queste domande. Inoltre, spiega dettagliatamente la struttura del manuale, come usarlo, e come voi o l'organizzazione di cui fate parte, possiate conformarvi agli standard minimi di Sphere.

### La Filosofia del Progetto Sphere: il diritto ad una vita dignitosa

Il Progetto Sphere – o semplicemente Sphere – è stato avviato nel 1997 da un gruppo di organizzazioni umanitarie non Governative (ONG), insieme alla Croce Rossa e dalla Mezzaluna Rossa Internazionale. Il loro obiettivo era di migliorare la qualità dei propri interventi in risposta ai disastri, nonché di prendersi la responsabilità degli stessi. La loro filosofia si basa su due convinzioni fondamentali: in primo luogo, le persone colpite da calamità o da conflitti hanno diritto a vivere dignitosamente e, quindi, possiedono il diritto all'assistenza; in secondo luogo, tutte le misure adottate devono prefiggersi l'obiettivo di alleviare la sofferenza umana che deriva da una calamità o da un conflitto.

Cercando di supportare queste due convinzioni fondamentali, il Progetto Sphere ha formulato una Carta Umanitaria individuando una serie di Standard Minimi in settori fondamentali di soccorso formulati nei quattro capitoli tecnici del manuale: approvvigionamento idrico, servizi igienico-sanitari e di sensibilizzazione all'igiene; sicurezza alimentare e nutrizione; rifugi, insediamenti e prodotti non alimentari; e azione sanitaria. Gli Standard Fondamentali sono standard procedurali che trovano applicazione in ognuno dei capitoli tecnici.

Gli standard minimi derivano dall'esperienza e da quei metodi che sono stati ritenuti i migliori da parte di chi opera nel settore della risposta umanitaria. Le azioni principali, gli indicatori chiave e le note d'orientamento (descritti di seguito nella sezione

'Come utilizzare gli standard') accompagnano ciascuno degli standard, fornendo indicazioni sul modo in cui gli stessi possono essere soddisfatti.

Gli standard minimi descrivono le condizioni che devono essere realizzate nel corso di ciascuna risposta umanitaria al fine di garantire la sopravvivenza alle persone colpite da disastri e il recupero in condizioni stabili e dignitose. L'integrazione della popolazione colpita dai disastri nelle procedure di consultazione risiede al centro della filosofia di Sphere. Di conseguenza, il progetto Sphere è uno dei primi tra quelli che oggi sono conosciuti come iniziative di qualità e responsabilità (iniziative di Q & R).

La Carta Umanitaria e gli standard minimi sono stati pubblicati insieme in questo manuale, l'ultima edizione del presente. Detto manuale è stato ideato per pianificare, implementare, monitorare e valutare le risposte umanitarie. Esso, inoltre, è un efficace strumento di difesa durante la negoziazione con le autorità sia per la concessione degli spazi, sia per quel che riguarda l'approvvigionamento di risorse. Infine, rappresenta uno strumento utile alla preparazione di attività di prevenzione delle calamità e all'elaborazione di piani di emergenza, poiché un numero crescente di donatori include tali standard nei requisiti di segnalazione.

Poiché non appartiene ad alcuna organizzazione, il manuale gode di larga accettazione nell'intero settore umanitario. La serie di norme e di standard per la risposta umanitaria in esso contenuti sono diventati tra i più noti a livello internazionale e sono alla base della comunicazione tra le diverse organizzazioni del settore rivelandosi un efficace strumento di coordinamento.

Pubblicato la prima volta nel 2000, il Manuale è stato rivisto e corretto nel 2003 e nuovamente nel 2009-2010. Nel corso di ogni processo di controllo sono state condotte consultazioni settoriali, che hanno coinvolto un ampio numero di agenzie, organizzazioni e individui, ma anche governi e agenzie delle Nazioni Unite.

I principali utenti del manuale Sphere sono gli operatori che pianificano, amministrano e implementano la risposta umanitaria. Ciò comprende lo staff e i volontari delle agenzie umanitarie locali, nazionali e internazionali. Inoltre, coloro che operano nel settore della raccolta fondi e nella proposta di progetti, fanno frequentemente riferimento agli standard Sphere.

Altri soggetti quali i governi, le autorità locali, i militari o il settore privato, sono incoraggiati a usare il manuale Sphere. Esso può rivelarsi utile nella guida delle loro azioni, e può aiutarli nella comprensione degli standard utilizzati dalle agenzie umanitarie con le quali interagiscono.



## Il manuale: una riflessione sui valori di Sphere

La struttura del manuale riflette lo scopo di Sphere di ancorare fermamente la risposta umanitaria a un approccio basato sui diritti e la partecipazione

### La Carta Umanitaria, i Principi di Protezione e gli Standard Fondamentali

La Carta Umanitaria, i Principi di Protezione e gli Standard Fondamentali esprimono l'approccio di Sphere basato sui diritti e sulla centralità dell'individuo nella risposta umanitaria. Essi si concentrano sull'importanza di coinvolgere la popolazione colpita e le autorità locali e nazionali in tutte le fasi della risposta. I Principi di Protezione e gli Standard Fondamentali sono raggruppati all'inizio del Manuale in modo da evitare di ripeterli in ciascun capitolo tecnico e gli utenti di Sphere, inclusi gli specialisti in un particolare dominio tecnico, li devono considerare come parte integrante di tali capitoli.

Il fondamento del Manuale è la Carta Umanitaria (accompagnata da un elenco descrittivo dei documenti giuridici e politici fondamentali che troviamo nell'allegato 1 a pagina 356). Essa fornisce lo sfondo etico e giuridico dei Principi di Protezione e degli Standard fondamentali minimi, creando le basi per la loro corretta interpretazione e realizzazione. Si tratta di una dichiarazione che comprende diritti e obblighi stabiliti, valori e impegni condivisi da diverse agenzie umanitarie, raccolti in una serie di principi, diritti e doveri comuni. Fondati sul principio di umanità e sull'imperativo umanitario, questi includono il diritto ad una vita dignitosa, il diritto di ricevere l'assistenza umanitaria e il diritto di protezione e di sicurezza. La Carta inoltre evidenzia l'importanza della responsabilità verso le comunità colpite per le agenzie preposte alla risposta umanitaria. Gli Standard Principali e gli Standard minimi non sono altro che l'articolazione di ciò che questi principi e obblighi significano nella realtà pratica.

La Carta Umanitaria spiega perché l'assistenza e la protezione sono i pilastri Principali dell'azione umanitaria. Per sviluppare ulteriormente tale aspetto di protezione, il Manuale include una serie di Principi di Protezione, che trasformano molti dei principi giuridici e dei diritti delineati nella Carta, in strategie e azioni che dovrebbero informare la pratica umanitaria dal punto di vista della protezione. La protezione è una parte fondamentale dell'azione umanitaria e i Principi di Protezione servono a dare responsabilità alle agenzie umanitarie e ad assicurare che la loro azione si concentri nell'affrontare le minacce più gravi che comunemente affliggono le persone durante conflitti o calamità.

Tutte le agenzie umanitarie dovrebbero garantire che le loro azioni non apportino ulteriori danni alle persone colpite (Principio di protezione 1), che la loro

attività sia di aiuto in particolare alle persone maggiormente colpite e vulnerabili (Principio di Protezione 2), che contribuiscano a proteggere le persone colpite dalla violenza e di altre violazioni dei diritti umani (Principio di Protezione 3) e che aiutino le persone colpite a superare le violenze (Principio di Protezione 4). I ruoli e le responsabilità delle agenzie umanitarie di protezione sono, generalmente, secondari rispetto alla responsabilità giuridica dello Stato o di altre autorità competenti. La protezione spesso implica il ricordare a queste autorità quelle che sono le loro responsabilità.

Gli Standard Principali costituiscono la prima serie di norme minime e fungono da base per tutti gli altri. Essi descrivono come i processi e gli approcci adottati nel corso di una risposta umanitaria siano fondamentali per portare avanti una risposta efficace. La concentrazione sulle capacità e la partecipazione attiva di chi è stato colpito da calamità o conflitti, un'analisi interpretativa dei bisogni e del contesto, un efficace coordinamento tra le agenzie, un impegno a migliorare continuamente le loro prestazioni e un'appropriata rete di operatori umanitari qualificati, si rivelano essenziali per il raggiungimento degli standard tecnici.

I Principi di Protezione e gli Standard fondamentali sono raggruppati all'inizio del Manuale per evitare di ripeterli in ciascun capitolo tecnico. Essi sono alla base di tutte le attività umanitarie e devono essere utilizzati insieme ai capitoli tecnici. Sono fondamentali per il raggiungimento degli standard tecnici in modo qualitativo e responsabile verso le popolazioni colpite.

### Gli Standard Fondamentali e gli Standard Minimi nei quattro capitoli tecnici

Gli Standard fondamentali e gli Standard minimi comprendono gli approcci alla programmazione e quattro gruppi di attività di soccorso: fornitura di acqua, servizi igienico-sanitari e sensibilizzazione all'igiene; sicurezza alimentare e nutrizione; rifugi, insediamenti e generi non alimentari; azioni in materia di salute.

### Come utilizzare gli Standard

Gli Standard fondamentali e gli Standard minimi seguono un formato specifico. Cominciano con una dichiarazione generale e universale – lo standard minimo – seguito da una serie di azioni chiave, indicatori chiave e note di orientamento.

In primo luogo, è indicato lo standard minimo. Ogni standard deriva dal principio secondo cui la popolazione colpita da calamità ha il diritto ad una vita dignitosa. Essi sono di natura qualitativa e specificano i requisiti minimi da raggiungere nella



risposta umanitaria. Il loro campo di applicazione è universale e applicabile in ogni situazione di emergenza. Essi sono quindi formulati in termini generali.

In seguito, si suggeriscono delle azioni chiave pratiche per il raggiungimento dello Standard Minimo. Alcune delle azioni non sono applicabili in ogni situazione, perciò spetta al professionista la selezione delle azioni pertinenti e l'elaborazione di azioni alternative che permettano il soddisfacimento dello standard.

Poi, una serie di indicatori chiave fungono da 'segnali' che indicano se lo standard è stato raggiunto. Essi forniscono un modo per misurare e comunicare i processi e i risultati delle azioni chiave. Gli indicatori chiave sono correlati agli standard minimi, non alle azioni chiave.

Infine, le note di orientamento includono punti specifici del contesto da considerare quando si mira al raggiungimento delle azioni e degli indicatori chiave. Esse permettono di orientarsi per affrontare difficoltà pratiche, parametri di riferimento o suggerimenti riguardanti priorità e temi trasversali. Le stesse possono includere argomenti critici riguardanti gli standard, le azioni o gli indicatori, ed esporre dubbi, controversie e lacune nelle conoscenze attuali. Tuttavia non forniscono indicazioni su come realizzare una specifica attività.

Le questioni rilevanti compaiono in brevi introduzioni a ogni capitolo. I capitoli relativi ai vari standard tecnici minimi contengono appendici che includono, per esempio, liste di controllo per la valutazione, formule, tabelle e moduli da seguire per la redazione di rapporti. Ogni capitolo si conclude con riferimenti e suggerimenti per ulteriori letture. Inoltre, è disponibile un glossario dettagliato per ognuno dei capitoli del Manuale sul sito web di Sphere ([www.sphereproject.org](http://www.sphereproject.org)).

Tutti i capitoli sono collegati tra loro. Spesso, gli standard descritti in un settore devono essere affrontati facendo riferimento agli standard descritti in altri settori. Di conseguenza, il Manuale contiene numerosi riferimenti incrociati.

### Conformarsi agli standard minimi di Sphere

Il Manuale Sphere è un codice volontario, uno strumento di autoregolamentazione per la qualità e la responsabilità, e il Progetto Sphere non contiene alcun meccanismo per assicurare la conformità agli standard. Non esistono 'registrazioni' o 'adesioni' al progetto Sphere. Il Progetto Sphere ha intenzionalmente scelto di non elaborare un manuale di tipo prescrittivo a cui doversi conformare, al fine di favorire una più ampia partecipazione.

Il Manuale non offre una guida pratica riguardante la fornitura di determinati servizi (le azioni chiave e suggeriscono delle attività per il raggiungimento degli Standard senza specificare come attuarle o cosa fare). Piuttosto, esso spiega ciò

che deve essere messo in pratica per garantire una vita dignitosa alla popolazione colpita. Spetta dunque, a ogni agenzia esecutiva, scegliere il sistema ritenuto più adeguato per garantire la conformità agli standard minimi di Sphere. Alcune delle agenzie hanno continuato ad attenersi a meccanismi interni, mentre altre hanno preferito la revisione degli stessi. Infine, alcune reti di agenzie hanno utilizzato Sphere per valutare le loro attività in determinate situazioni di emergenza.

Conformarsi a Sphere non significa soddisfare tutti gli standard e gli indicatori. Il grado con cui ogni agenzia adempie gli standard dipenderà da una serie di fattori, alcuni dei quali sfuggono al loro controllo. In alcuni casi, le difficoltà nell'accesso alle popolazioni colpite, la mancanza di cooperazione con le autorità o l'elevata insicurezza rendono impossibile il raggiungimento di tali standard.

Se le condizioni generali di vita di una popolazione si trovavano al di sotto degli standard minimi ancor prima di essere colpita dal disastro, le agenzie riscontreranno di non avere a disposizione risorse sufficienti per soddisfare gli stessi. In tali situazioni, la fornitura di servizi base alla popolazione interessata si rivela più importante del raggiungimento parziale degli standard.

A volte gli standard minimi possono superare le condizioni di vita quotidiane della popolazione circostante. Aderire agli standard per le popolazioni colpite dal disastro rimane essenziale. Tuttavia, tale situazione può indicare la necessità di agire in supporto alla popolazione circostante operando insieme ai leader delle comunità. Dunque, ciò che si rivela opportuno e realizzabile dipende del contesto.

**Nei casi in cui gli standard non possono essere soddisfatti**, le agenzie umanitarie dovrebbero:

- Descrivere nelle loro report (assessment, valutazioni e così via) il divario esistente tra l'indicatore Sphere di riferimento e quelli che sono stati raggiunti in pratica
- Spiegare le motivazioni e illustrare le eventuali modifiche che possano realizzarsi
- Valutare le conseguenze negative per la popolazione colpita
- Adottare le adeguate misure per minimizzare il danno causato da tali conseguenze.

Impegnandosi nelle procedure precedenti, le agenzie dimostrano la loro conformità alla filosofia e agli standard minimi di Sphere, anche quando le stesse non siano riuscite a soddisfarli nel modo indicato dal Manuale.



## Il ruolo di Sphere nell'azione umanitaria

Il Manuale Sphere è pensato per l'utilizzo nel corso di una risposta umanitaria in situazioni che includono calamità naturali, conflitti, movimenti insurrezionali, ambienti rurali ed urbani ed emergenze politiche complesse che possano aver luogo in ogni paese. Il termine 'disastro' si riferisce a ognuna di queste situazioni. Se ritenuto opportuno, si utilizza anche il termine 'conflitto'. Il termine 'popolazione' fa riferimento agli individui, famiglie, comunità e gruppi più ampi. Di conseguenza, l'espressione 'popolazione colpita dal disastro' ricorre in tutto il Manuale.

### Quando utilizzare il presente Manuale

Concentrandosi sul periodo di risposta umanitaria, gli standard minimi Sphere riguardano le attività che soddisfano i bisogni urgenti per la sopravvivenza di popolazioni colpite da disastri. Questa fase può durare pochi giorni o settimane ma anche molti mesi o anni, soprattutto in situazioni di elevata insicurezza e di sfollamenti. È pertanto impossibile assegnare un determinato periodo di tempo per l'utilità degli Standard Sphere.

Il Manuale, tuttavia, possiede un posto specifico all'interno del più ampio ambito dell'azione umanitaria, che va oltre la fornitura del soccorso immediato e copre uno spettro di attività che inizia con la preparazione alle catastrofi, include poi la risposta umanitaria e, infine, si estende alla ripresa rapida. Come strumento di riferimento, il Manuale è utile sia nella preparazione alle catastrofi sia nelle fasi iniziali di recupero in cui è generalmente 'inquadrata' la risposta umanitaria. Tuttavia, è necessario che tali azioni siano considerate simultaneamente.

La preparazione ai disastri richiede che i soggetti coinvolti - governi, agenzie umanitarie, organizzazioni locali della società civile, comunità e individui - abbiano le capacità, i report e le conoscenze per prepararsi e rispondere efficacemente ai disastri e/o ai conflitti. Prima e durante la risposta, tali soggetti dovrebbero iniziare ad adottare le misure necessarie a migliorare la preparazione e la riduzione dei rischi per il futuro. Essi dovrebbero avere almeno la preparazione per soddisfare gli standard minimi Sphere per un disastro futuro.

La ripresa rapida segue il processo di primo soccorso e conduce a un recupero a lungo termine, che si rivela più efficace se previsto e facilitato fin dall'inizio della risposta umanitaria. Riconoscendo l'importanza della ripresa, il Manuale la cita e le si riferisce ripetutamente e in modo adeguato.

## Sviluppi nel settore umanitario e le sue implicazioni per Sphere

Negli ultimi anni si è assistito a una serie di sviluppi nel settore umanitario e in altri settori rilevanti, comprendenti mutamenti nella natura dei disastri e dei conflitti, così come quelli dell'azione umanitaria. Gli sviluppi che sono stati considerati durante il processo di revisione del manuale riguardano:

- Una crescente attenzione concettuale e operativa sulla risposta locale e nazionale alle crisi, con la consapevolezza che le popolazioni colpite devono essere consultate e che è necessario rafforzare le capacità di risposta dello Stato, delle istituzioni nazionali e delle agenzie umanitarie
- Una responsabilità più proattiva dell'azione umanitaria, in particolare verso la popolazione colpita, ma anche un coordinamento più attivo, incluso nel processo di riforma umanitaria (approccio cluster), sotto l'auspicio del Inter-Agency Standing Committee (IASC)
- Una maggior attenzione alle questioni concernenti la protezione e le risposte
- Una maggior consapevolezza circa la crescita delle migrazioni forzate dovute a catastrofi causate dai mutamenti climatici e dal degrado ambientale
- Il riconoscimento della rapida crescita della povertà della popolazione urbana, delle sue specifiche vulnerabilità, relative particolarmente alla disponibilità monetaria, alla coesione sociale e allo spazio fisico
- Nuovi approcci in tema di aiuti, come il trasferimento di denaro e voucher e acquisti locali in sostituzione delle spedizioni volontarie dell'assistenza umanitaria
- Una maggior consapevolezza sull'importanza della riduzione del rischio del disastro sia nel settore umanitario sia come approccio generale
- Il coinvolgimento sempre maggiore delle forze armate nella risposta umanitaria, un insieme di soggetti non guidati dai principi umanitari che richiede lo sviluppo di linee guida e di strategie necessarie a coordinare il dialogo tra civili e militari nella risposta umanitaria
- Un coinvolgimento crescente del settore privato nella risposta umanitaria richiede lo sviluppo di linee guida e di strategie simili a quelle riguardanti il dialogo tra civili e forze armate
- Il Progetto Sphere include tali sviluppi nel suo Manuale - particolarmente le questioni emergenti relative ai trasferimenti di denaro, ripresa rapida e relazioni tra forze armate e civili



## Comprendere il contesto in fase di risposta umanitaria

Una risposta umanitaria efficace deve essere basata su una diagnosi globale contestualizzata (analisi, monitoraggio e valutazione) al fine di analizzare i bisogni della popolazione, le loro vulnerabilità e le loro capacità in ogni situazione.

Il Manuale è concepito essenzialmente come strumento per riconoscere i vari contesti e adattare a essi i diversi programmi di risposta umanitaria: esso funge da guida agli specialisti nelle riflessioni relative al raggiungimento degli standard universali applicabili in situazioni e contesti concreti, focalizzandosi sulle capacità e le vulnerabilità.

Non tutti gli individui colpiti da un disastro hanno lo stesso controllo delle risorse e del potere. Le persone risentono quindi di un impatto differente a seconda della propria etnia, dell'appartenenza religiosa o politica. Gli spostamenti possono rendere vulnerabili persone che in condizioni normali non sarebbero state a rischio. A donne, bambini, anziani, persone con disabilità o ai malati di HIV può essere negata l'assistenza medica o l'ascolto, a causa di barriere fisiche, culturali e/o sociali. L'esperienza ha dimostrato che trattare queste persone come una serie di 'gruppi vulnerabili' può condurre a interventi frammentati ed inefficaci, che ignorano la vulnerabilità e la sua natura mutevole nel corso del tempo, anche durante una crisi specifica.

Le operazioni di soccorso e recupero devono anche considerare i futuri rischi, al fine di favorire il ritorno delle comunità a condizioni sicure e promuovere una maggiore capacità di recupero. In molte parti del mondo il cambiamento climatico sta cominciando ad avere un impatto sui tradizionali modelli di analisi del rischio; le conoscenze tradizionali dei pericoli, delle vulnerabilità e delle capacità devono combinarsi con le valutazioni dei rischi dei mutamenti climatici futuri.

Al fine di rendere giustizia a ogni situazione di emergenza e alle specifiche vulnerabilità e capacità della popolazione colpita, il Manuale affronta una serie di tematiche trasversali. Queste si relazionano ai bambini, al genere, agli anziani, all'HIV e all'AIDS, alle persone con disabilità e al supporto psico-sociale per far fronte alle vulnerabilità individuali e delle minoranze. La riduzione del rischio di catastrofi (compreso il cambiamento climatico) e il problema di vulnerabilità ambientale interessano tutta la popolazione colpita. Alla fine di questa introduzione ogni tema è descritto più dettagliatamente.

Per mantenere il Manuale Sphere in un unico volume di dimensioni contenute, l'attenzione è posta sui quattro settori principali della risposta umanitaria. Altri settori correlati, che sono parte di una risposta umanitaria efficace, hanno sviluppato i propri standard. Alcuni di essi sono inclusi nella serie Sphere compa-

nion Standard, pubblicata in volumi separati ma sviluppata con lo stesso rigore e lo stesso processo di consultazione seguito da Sphere – the Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery; the Small Enterprise Education and Promotion (SEEP) Network's Minimum Standards for Economic Recovery after Crisis; and the Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS).

L'istruzione nelle emergenze può fungere sia da sostegno alla vita sia da soccorso. Fornita in spazi sicuri, offre un senso di normalità, di sostegno psicosociale e di protezione contro lo sfruttamento e il danno. Può anche essere utilizzata per educare sulla sicurezza, alle pratiche di vita, e per fornire informazioni vitali relative alla salute e all'igiene. Le INEE Minimum Standards for Education: preparedness, Response, Recovery furono pubblicate per la prima volta nel 2004 e aggiornate nel 2010 e dal 2008 accompagnano gli standard di Sphere. Esse rappresentano delle linee guida per garantire i collegamenti critici tra l'istruzione e la salute, la fornitura d'acqua, sanità e igiene, la nutrizione, riparo e protezione per migliorare la sicurezza, la qualità e la responsabilità della preparazione didattica e della risposta.

Lo sviluppo delle piccole imprese e dell'allevamento rientra rispettivamente nei SEEP Network's Minimum Standard for Economic Recovery after Crisis e nei Livestock Emergency Guidelines and Standards. Si prevede che questi due insiemi di standard minimi accompagneranno gli standard Sphere nel 2011.

Utilizzati insieme al presente manuale, i complementi agli standard di Sphere miglioreranno la qualità dell'assistenza fornita alle popolazioni colpite da calamità o conflitti. I principali orientamenti forniti dagli standard INEE, SEEP e LEGS sono stati integrati nel Manuale. Agenzie, associazioni e network hanno stabilito altre norme e codici per soddisfare le particolari esigenze operative, per esempio mandati specifici di agenzie, competenza tecnica o la presa di coscienza della mancanza di una guida. In alcuni casi si fa riferimento a queste norme nei capitoli tecnici del Manuale.

Il Progetto Sphere fa parte di un gruppo di iniziative di qualità e di responsabilità all'interno del settore, il quale ha un rapporto di stretta collaborazione con il Emergency Capacity Building (BCE), che ha sviluppato la Good Enough Guide, insieme al Humanitarian Accountability Partnership (HAP), che si occupa di problemi e di conformità agli Standard attraverso l'ufficio del Humanitarian Accountability and Quality Management Standard. Altre iniziative Q & A con le quali collabora regolarmente Sphere sono People in Aid, Groupe URD (Urgence, Réhabilitation, Développement), Coordination Sud e l'Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP).



## Oltre il Manuale

Lo strumento principale e più utilizzato del Progetto Sphere è il presente Manuale. Esso è disponibile anche in formato elettronico sul sito web di Sphere ([www.sphereproject.org](http://www.sphereproject.org)), dove inoltre è possibile conoscere le ultime novità e gli aggiornamenti sulle versioni disponibili e le altre risorse.

Il manuale compare in numerose lingue ed è accompagnato da vari tipi di training e materiale promozionale. Essi sono spesso adattati alle situazioni locali sulla base delle esperienze di chi lavora nel campo. Ciò dimostra la vitalità della comunità Sphere nella pratica, una rete di professionisti a volte informale e vagamente collegata ma in continua espansione, che mantiene vivo lo spirito di Sphere. Il Progetto Sphere è fondato sulla necessità di contribuire a migliorare la risposta umanitaria per soddisfare i diritti e le necessità delle persone colpite da calamità o da conflitti. Il Progetto Sphere ha fatto grandi progressi dal suo inizio ma nessun manuale può raggiungere da solo tale obiettivo – soltanto tu puoi.



## Profilo delle tematiche trasversali

Le tematiche trasversali a cui fa riferimento questo Manuale si concentrano in particolari aree relative alla risposta ai disastri e a indirizzare individui, gruppi o argomenti generali sulla vulnerabilità. Nella presente sessione ogni argomento è descritto dettagliatamente.

**Minori:** devono essere adottate misure speciali per garantire ai bambini la protezione dal pericolo e l'equo accesso a servizi di base. Dato che i minori spesso costituiscono il gruppo più numeroso della popolazione colpita, è fondamentale che le loro opinioni ed esperienze influenzino non solo la pianificazione e valutazione dei piani di emergenza e la fornitura dell'assistenza umanitaria, ma anche la valutazione e il monitoraggio. La vulnerabilità di giovani e bambini tende a incrementarsi in determinate situazioni, essendo essi maggiormente colpiti da malnutrizioni, sfruttamento, rapimenti, reclutamento da parte di gruppi armati e forze combattenti, violenza sessuale e dalla difficoltà a partecipare ai processi decisionali. La Convenzione sui Diritti dei minori stabilisce che un bambino è un individuo di età inferiore ai diciotto anni. Tale definizione può variare in base al contesto culturale e sociale. Analisi approfondite svolte sulle popolazioni colpite rivelano che devono essere adottate misure speciali per evitare l'esclusione di giovani e bambini dal ricevere assistenza umanitaria.

**Riduzione del rischio di catastrofi:** è definito sia a livello teorico sia a livello pratico come un insieme di iniziative che, attraverso l'analisi e la gestione dei fattori causali, riducono l'esposizione ai rischi, la vulnerabilità delle persone e dei beni colpiti, la gestione del territorio e accrescono la preparazione verso eventi avversi o verso calamità. Gli eventi avversi includono disastri naturali quali tempeste, inondazioni, siccità, aumento del livello del mare, causati principalmente dal mutamento climatico a livello globale.

**Ambiente:** per ambiente si intendono gli elementi fisici, chimici e biologici, ma anche i processi che colpiscono popolazioni, comunità ed aree colpite da disastri. Esso comprende le risorse naturali che forniscono il sostentamento agli individui e che influenzano la loro qualità di vita. Esso richiede di essere protetto e gestito in modo mantenere le sue funzioni essenziali. Gli Standard minimi riguardano la necessità di prevenire il suo eccessivo sfruttamento, l'inquinamento e il degrado delle condizioni ambientali con l'obiettivo di assicurare la sua funzione di supporto alla vita, la riduzione dei rischi e

l'introduzione di meccanismi che favoriscono la capacità di adattamento dei sistemi naturali per l'auto-recupero.

**Genere:** Il genere si riferisce al fatto che le persone vivono le situazioni in modo diverso in base al sesso. Il sesso è quindi riferito agli attributi biologici delle donne e degli uomini. In generale, esso è determinato dalla nascita, dunque, è generalmente immutabile e universale.

**La parità di diritti tra uomini e donne** sono stabiliti nei documenti sui diritti umani che sono alla base della Carta Umanitaria. Donne e uomini hanno gli stessi diritti all'assistenza umanitaria e alla protezione, al rispetto della loro dignità umana, al riconoscimento dell'uguaglianza delle loro capacità, tra cui quelle decisionali, alle opportunità di agire in conformità a tali decisioni e alla stessa capacità di poter plasmare il risultato delle proprie azioni. Le risposte umanitarie diventano più efficaci se basate sulla comprensione dei diversi bisogni, vulnerabilità, interessi, capacità e strategie di adattamento di uomini e donne, bambini e bambine di tutte le età. L'analisi di genere aiuta a comprendere le differenze e le disuguaglianze tra uomini e donne rispetto ai ruoli e ai carichi di lavoro, l'accesso e il controllo sulle risorse, il potere decisionale, le opportunità per lo sviluppo di competenze. Tale analisi influenza altri temi trasversali. Gli obiettivi di proporzionalità e imparzialità dell'azione umanitaria devono tener conto dell'analisi di genere in modo da garantire un trattamento paritario ed equo per uomini e donne. In passato, l'attenzione al genere è stata guidata dalla necessità di indirizzare la risposta ai bisogni delle donne e delle ragazze in circostanze particolari dato che in genere sono più svantaggiate rispetto agli uomini e ai ragazzi. Tuttavia, di recente gli agenti umanitari hanno evidenziato la necessità di analizzare anche ciò che affrontano uomini e ragazzi in situazioni di crisi.

**HIV e AIDS:** Conoscere la diffusione di HIV in uno specifico contesto umanitario è importante per capire le vulnerabilità e rischi, e pianificare una risposta efficace. Inoltre, la popolazione più a rischio (omosessuali che hanno rapporti, tossicodipendenti che assumono droghe per via endovenosa e prostitute), spesso necessita che siano adottate misure specifiche per proteggerla dalla negligenza, dalla discriminazione e dalla violenza. In alcuni contesti vi sono altri gruppi altrettanto vulnerabili rappresentati dai rifugiati, dagli immigrati, dai giovani e dalle ragazze madri. Lo spostamento di massa può incrementare le possibilità di contagio di HIV e i rischi derivanti dalla separazione dei membri della famiglia, e la rottura della coesione all'interno delle comunità e delle norme sociali e sessuali che regolano il comportamento. Le donne e i bambini possono trovarsi in situazioni di sfruttamento da parte di gruppi



armati e divenire particolarmente vulnerabili a contrarre l'HIV a causa di tale sfruttamento e di violenza. Durante le emergenze umanitarie, la popolazione colpita può essere sprovvista di trattamenti contro HIV, spesso consistenti in programmi di prevenzione, terapie antiretrovirali (ART), contro la tubercolosi (TB) e altri programmi di prevenzione e trattamento per combattere altre tipologie infettive.

**Le persone che convivono con l'HIV** (sieropositive) spesso soffrono di discriminazione e stigmatizzazione, quindi, diventa doveroso garantire loro rispetto, dovuta riservatezza, e protezione quando necessario. Le attività nel presente Manuale dovrebbero fornire adeguati interventi contro l'HIV a seconda dell'incidenza rispetto al contesto nel quale si opera, e impedire l'aumento della vulnerabilità e dei rischi delle persone rispetto all'HIV.

**Anziani:** Secondo le Nazioni Unite sono da considerare anziani gli uomini e le donne di età superiore ai sessant'anni, tuttavia la definizione di 'anziano' può variare a seconda dei contesti. Generalmente le persone anziane costituiscono la classe più povera nei paesi in via di sviluppo, e un'ampia e crescente porzione più vulnerabile all'interno della popolazione colpita (per esempio, gli ultra-ottantenni sono il gruppo di persone in più rapida crescita nel mondo). Gli anziani sono spesso trascurati nella gestione dei disastri o dei conflitti. L'isolamento e la debolezza fisica, i problemi di mobilità e di salute cronica sono tra i fattori che aggravano la vulnerabilità di questo gruppo, creando nuovi disagi nelle strategie per la sussistenza e nelle strutture di supporto alle comunità. Perciò, va fatto uno sforzo particolare per identificare e raggiungere le famiglie all'interno delle quali vi sono anziani o sono guidate da queste ultimi. Gli anziani possono offrire dei contributi di rilievo per quel che concerne l'azione volta a garantire la loro sopravvivenza e riabilitazione. Il loro coinvolgimento si rivela dunque importante poiché essi svolgono generalmente un ruolo cruciale in quel che concerne la cura dei minori, la gestione delle risorse e la generazione di reddito, e infine essi detengono il sapere e l'esperienza e illustrano le strategie che promuovono la preservazione dell'identità culturale e sociale della comunità di appartenenza.

**Persone con disabilità:** L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che tra il sette e il dieci per cento della popolazione mondiale - tra cui bambini e anziani - vive con qualche forma di disabilità. Disastri e conflitti possono accrescere l'incidenza di insufficienza e condurre quindi a disabilità. La Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle persone con disabilità (CRPD) definisce la disabilità come un concetto in evoluzione, risultante dall'interazione tra persone con menomazioni (che possono essere fisiche,

sensoriali, mentali o psicosociali) e le barriere comportamentali e ambientali che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri. È, quindi, la presenza di queste barriere che impedisce alle persone con disabilità di partecipare o beneficiare pienamente dei programmi di assistenza umanitaria. La nuova CRPD fa riferimento alla sicurezza e alla protezione delle persone con disabilità in situazioni di conflitto o di emergenza (art.11). Le persone con disabilità devono affrontare rischi sproporzionati in situazioni di disastro e sono spesso escluse dai processi di soccorso e riabilitazione. Tale esclusione rende più difficile fare uso efficace e beneficiare degli standard dei servizi di supporto. È importante sottolineare che le persone con disabilità non costituiscono un gruppo eterogeneo, poiché comprendono bambini e anziani, i cui bisogni non possono essere affrontati allo stesso modo. Di conseguenza, la risposta umanitaria, deve prendere in considerazione le particolari abilità, le competenze, le risorse e le conoscenze di persone con diversi tipi e gradi di disabilità. È, inoltre, importante ricordare che le persone con disabilità hanno di base gli stessi bisogni delle persone senza disabilità. Peraltro, alcuni possono avere delle esigenze specifiche, per esempio la sostituzione di apparecchi o elettrodomestici e l'accesso ai servizi di riabilitazione. Inoltre, le misure rivolte alle persone con disabilità non devono portare alla separazione dalla propria famiglia e comunità. Infine, se i diritti delle persone con disabilità non sono presi in considerazione nella risposta umanitaria, si perde l'opportunità di recuperare appieno una comunità. È essenziale, quindi, includere le persone con disabilità in tutti gli aspetti di rilievo e di recupero. Ciò richiede la necessaria identificazione dei bisogni nella pianificazione della risposta umanitaria.

**Sostegno psicosociale:** tra gli effetti dei disastri troviamo anche l'aumento della vulnerabilità e della sofferenza derivata dagli effetti emozionali, sociali, fisici e spirituali. Molte di queste reazioni sono normali e si superano col tempo. Tuttavia si rivela indispensabile organizzare a livello locale adeguati supporti alla salute mentale e psicosociale col fine di permettere alle persone colpite di auto-aiutarsi, gestire e riprendersi rapidamente dal disastro. L'inclusione delle persone colpite nella guida e l'attuazione della risposta umanitaria in questo caso si rivelano abbastanza utili. In ogni settore di assistenza umanitaria, la somministrazione degli aiuti può avere un impatto psicosociale che può, al contempo, fornire sostegno e causare ulteriori danni alle persone colpite. Per tale motivo, si richiede che gli aiuti vadano somministrati compassionevolmente, in modo da promuovere la dignità, la partecipazione e il rispetto delle pratiche culturali e religiose, e rafforzare le capacità delle persone colpite per sostenere il benessere completo.



### Riferimenti

Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti dell'infanzia: [www2.ohchr.org/english/law/crc.htm](http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm)

Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle persone con disabilità: [www.un.org/disabilities/](http://www.un.org/disabilities/)

OMS sulla Disabilità: [www.who.int/disabilities/en/](http://www.who.int/disabilities/en/)

# La Carta umanitaria



La Carta Umanitaria offre lo sfondo etico e giuridico per i principi di protezione, gli Standard Fondamentali e Minimi che seguono nel Manuale. Si tratta in parte di doveri e diritti legali stabiliti; in parte di una condivisione di ideali.

In termini di doveri e diritti stabiliti, essa riassume i principi giuridici fondamentali che più soddisfano il benessere di chi è colpito da disastri o conflitti. Per quanto riguarda gli ideali condivisi, essa tenta di ricevere consensi tra le agenzie umanitarie riguardanti i principi che dovrebbero guidare la risposta al disastro o al conflitto, compresi i ruoli e le responsabilità dei soggetti coinvolti.

Inoltre, getta le basi per un impegno da parte delle azioni umanitarie per l'adozione degli stessi principi.

## La Carta Umanitaria

### I nostri ideali

1. La Carta Umanitaria esprime la nostra mutua convinzione, in quanto agenzie umanitarie, che tutte le persone colpite da calamità o conflitto abbiano diritto a ricevere protezione e assistenza per garantire le condizioni fondamentali per una vita dignitosa. Crediamo che i principi descritti nella Carta Umanitaria siano universali, applicabili dunque a tutte le persone colpite da calamità o conflitto ovunque esse siano localizzate, compreso chi fornisce assistenza o cerca di garantire la sicurezza. Tali principi si riflettono nel diritto internazionale, ma traggono la loro forza in ultima analisi, dal principio morale fondamentale dell'umanità secondo cui tutti gli esseri umani nascono liberi e uguali in dignità e diritti. In conformità a questo principio, si afferma il principale imperativo umanitario: occorre intervenire per prevenire o alleviare le sofferenze umane derivanti da disastro o conflitto. Detto principio non deve essere ignorato per nessun motivo.

In qualità di agenzie locali, nazionali e internazionali, ci impegniamo a promuovere e rispettare i principi della presente Carta e di aderire agli Standard Minimi nel corso degli sforzi volti a garantire l'assistenza e la protezione delle persone colpite. Invitiamo chi svolge attività nel settore umanitario, tra cui gli operatori nel settore governativo e privato, a sottoscrivere i principi comuni, diritti e doveri indicati di seguito come dichiarazione di un condiviso ideale umanitario.

### Il nostro ruolo

2. Riconosciamo in primo luogo che solo attraverso i propri sforzi e con il supporto delle comunità e delle istituzioni locali, le persone colpite da calamità o conflitti possono vedere soddisfatte le loro necessità. Riconosciamo il ruolo primario

e la responsabilità dello Stato interessato di fornire assistenza tempestiva alle persone colpite, in modo da garantire protezione e sicurezza e supportare il loro recupero. Siamo convinti che una combinazione di azioni ufficiali e volontarie siano fondamentali per prevenire e rispondere efficacemente. In tal senso le Società Nazionali della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa e gli altri soggetti della società civile hanno un ruolo essenziale da svolgere nel sostenere le autorità pubbliche. Qualora la capacità nazionale si riveli insufficiente, affermiamo il ruolo della comunità internazionale, compresi i donatori governativi e le organizzazioni regionali, nell'assistere gli Stati e adempiere alle loro responsabilità. Riconosciamo e sosteniamo il ruolo specifico svolto dalle agenzie incaricate delle Nazioni Unite e il Comitato internazionale della Croce Rossa.

3. In qualità di agenzie umanitarie, consideriamo il nostro ruolo in relazione alle bisogni e alle capacità delle popolazioni colpite e le responsabilità dei loro governi o dei poteri di controllo. Il nostro ruolo nel fornire assistenza riflette la realtà che chi ha la responsabilità primaria non è sempre pienamente in grado di svolgere tale ruolo da solo, o potrebbe non essere disposto a farlo. Nei limiti del possibile, compatibilmente con il soddisfacimento dell'imperativo umanitario e degli altri principi enunciati nella presente Carta, sosterranno gli sforzi delle autorità competenti per proteggere e assistere le persone colpite. Facciamo appello a tutti i soggetti governativi e non di rispettare il ruolo imparziale, indipendente e apolitico delle agenzie umanitarie per facilitare il loro lavoro, eliminando gli ostacoli giuridici e pratici necessari, garantendogli sicurezza e consentendo loro l'accesso tempestivo alle popolazioni interessate.

### Principi comuni, diritti e doveri

4. In qualità di agenzie umanitarie, offriamo i nostri servizi sulla base del principio di umanità e dell'imperativo umanitario, riconoscendo i diritti di tutte le persone colpite da disastri o conflitto - uomini e donne, ragazzi e ragazze. Questi includono il diritto alla protezione e all'assistenza che ritroviamo nelle disposizioni di diritto internazionale umanitario, dei diritti umani e del diritto dei rifugiati. Ai fini della presente Carta, riassumiamo di seguito tali diritti:

- ▶ **il diritto di vivere dignitosamente**
- ▶ **il diritto di ricevere assistenza umanitaria**
- ▶ **il diritto alla protezione e alla sicurezza**

Anche se essi non sono formulati nei termini giuridici tipici del diritto internazionale, racchiudono una serie di diritti giuridici stabiliti che fungono e sostengono pienamente l'imperativo umanitario.



5. Il diritto di vivere dignitosamente si ritrova in diverse disposizioni di diritto internazionale, particolarmente nelle norme sui diritti umani concernenti il diritto alla vita, a un adeguato standard di vita, e al divieto di torture, trattamenti punitivi, disumani o degradanti. Il diritto alla vita comporta il dovere di preservare la vita, qualora essa sia minacciata. Implicitamente esso implica anche il dovere di non trattenere o impedire la fornitura di assistenza di soccorso. La dignità comporta il benessere fisico, esige il rispetto per l'intera persona, compresi i valori e le credenze degli individui e delle comunità colpite e il rispetto dei loro diritti umani, tra cui la libertà, la libertà di coscienza e di osservanza religiosa.

6. Il diritto di ricevere assistenza umanitaria è un elemento fondamentale per il diritto a vivere dignitosamente. Ciò comprende il diritto a un adeguato standard di vita, inclusa un'alimentazione adeguata, acqua, vestiario, alloggio e requisiti che consentano una buona condizione sanitaria, espressamente garantiti nel diritto internazionale. Gli Standard Principali di Sphere e gli Standard Minimi si riflettono in tali diritti e cercano di dar loro espressione pratica, specialmente sulla fornitura di assistenza alle persone colpite da calamità o conflitti. Qualora i soggetti, governativi e non, non forniscano detta assistenza, si ritiene opportuno che gli stessi debbano permettere ad altri di realizzare tale lavoro. L'assistenza deve essere fornita in base al principio di imparzialità, il quale richiede che sia garantita unicamente sulla base del bisogno e in proporzione a esso. Ciò riflette il principio più ampio di non discriminazione: nessuno deve essere discriminato per eventuali motivi di status, tra cui l'età, sesso, razza, colore, etnia, orientamento sessuale, lingua, religione, disabilità, stato di salute, opinioni politiche o altro, origine nazionale o sociale.

7. Il diritto alla protezione e alla sicurezza è radicato nelle norme del diritto internazionale, nelle risoluzioni delle Nazioni Unite e di altre organizzazioni intergovernative, e nella responsabilità sovrana degli Stati di proteggere chi si trova all'interno della propria giurisdizione.

La sicurezza delle persone in situazioni di disastro o di conflitto, compresa la protezione dei rifugiati e degli sfollati, è di particolare interesse umanitario. Come riconosciuto sul piano giuridico, alcune persone possono essere particolarmente vulnerabili agli abusi e alle discriminazioni a causa della loro condizione, età, sesso o razza, e possono richiedere speciali misure di protezione e di assistenza. Qualora uno Stato non possieda la capacità di proteggere le persone in queste circostanze, riteniamo che lo stesso debba richiedere assistenza internazionale.

La legge relativa alla protezione dei civili e delle persone sfollate richiede particolare attenzione riguardo a:

(I) Secondo quanto previsto dal Diritto internazionale umanitario, nel corso di un conflitto armato, vanno prese misure specifiche relative alle persone che non partecipano più al conflitto. In particolare le Convenzioni di Ginevra del 1949 e i suoi Protocolli Addizionali del 1977 stabiliscono degli obblighi per tutte le parti coinvolte nei conflitti armati internazionali e non. Si pone l'accento sull'immunità generale della popolazione civile contro gli attacchi e le rappresaglie e l'importanza del principio di distinzione tra civili e combattenti, tra obiettivi civili e militari; i principi di proporzionalità nell'uso della forza e di precauzione nell'attacco; l'obbligo di astensione dell'utilizzo di armi con effetti indiscriminati o che per la loro natura, causano mali superflui o sofferenze inutili; e l'obbligo di permettere di fornire soccorso in maniera imparziale. Gran parte delle sofferenze evitabili causate ai civili nei conflitti armati deriva da una mancata osservanza di questi principi di base.

(II) Il diritto di richiedere asilo o rifugio rimane di vitale importanza per la tutela di chi subisce persecuzioni o violenze. Spesso le persone colpite da calamità o conflitti sono costrette a fuggire dalle loro abitazioni in cerca di sicurezza e mezzi di sussistenza. Le disposizioni della Convenzione sullo Status di Rifugiati del 1951 (e le successive modifiche) e di altri Trattati internazionali e regionali forniscono garanzie fondamentali alle persone che non hanno la tutela da parte dello Stato di cui abbiano la nazionalità o residenza e sono costretti a cercare rifugio in altro paese. Tra queste si rileva il principio di non respingimento: principio per cui nessuno può essere rinvio in un paese in cui possono essere minacciate la propria vita, la propria libertà e sicurezza, o vi sia la possibilità di essere sottoposti a tortura, punizioni o altri trattamenti inumani e degradanti. Lo stesso principio trova applicazione nei confronti degli sfollati, così come stabilisce la tutela internazionale dei diritti umani e in modo dettagliato dai Principi Guida sugli Sfollati del 1988 e altri strumenti in materia di carattere regionale e/o nazionale.

### Il nostro impegno

8. Offriamo i nostri servizi con la convinzione che la popolazione interessata si trova al centro dell'azione umanitaria, e riconosciamo che la sua partecipazione attiva è essenziale per fornire l'assistenza nei modi che meglio rispondono ai suoi bisogni, comprese quelle delle persone vulnerabili e socialmente escluse. Sarà nostra cura sostenere gli sforzi locali per prevenire, prepararsi e rispondere ai disastri, ai conflitti e alle loro conseguenze, e rafforzare le capacità dei soggetti locali in ogni livello.

9. Siamo consapevoli che gli sforzi per fornire assistenza umanitaria a volte possono avere effetti negativi non intenzionali. Collaborando con le comunità e le autorità interessate, il nostro obiettivo è di ridurre al minimo gli effetti negativi dell'azione umanitaria sulla comunità locale e sull'ambiente. Per quanto riguarda



i conflitti armati, ci rendiamo conto che il modo in cui è prevista l'assistenza umanitaria può potenzialmente rendere i civili più vulnerabili agli attacchi, o può, in talune occasioni, portare involontariamente in vantaggio una o più parti coinvolte nel conflitto. Siamo impegnati a ridurre al minimo tali effetti, conformemente ai principi sopra delineati.

10. Agiremo in conformità ai principi dell'azione umanitaria stabiliti nella presente Carta e nella guida specifica inserita nel Codice di Condotta per la Croce Rossa internazionale e per la Mezzaluna Rossa, e le organizzazioni non governative (ONG) in caso di disastro (1994).

11. Gli Standard Principali e Gli Standard Minimi di Sphere materializzano i principi comuni stabiliti nella presente Carta, fondati su quello che le varie agenzie reputano necessario per far sì che le persone possano vivere dignitosamente in base alla loro esperienza nella fornitura di assistenza umanitaria. Anche se il soddisfacimento degli standard dipende da una serie di fattori, molti dei quali potrebbero essere al di fuori del nostro controllo, ci impegniamo per il loro soddisfacimento e risponderemo responsabilmente del nostro operato. Invitiamo tutte le parti, inclusi i governi interessati e quelli donatori, le organizzazioni internazionali, soggetti privati e non governativi, ad adottare come norme riconosciute gli Standard Principali e minimi di Sphere.

12. Aderendo agli Standard Principali e Minimi, ci sforziamo di garantire che le persone colpite da disastri o da conflitti abbiano accesso almeno ai requisiti minimi per vivere dignitosamente e in sicurezza, tra cui la fornitura di una quantità d'acqua sufficiente, servizi igienici, cibo, nutrizione, alloggio e cure mediche adeguate. A tal fine, continueremo a sostenere gli Stati e le altre parti a finché rispettino i loro obblighi morali e giuridici verso le popolazioni colpite. Da parte nostra, ci impegniamo a rendere le nostre risposte più efficaci, appropriate e responsabili attraverso la valutazione corretta e il controllo del contesto locale in evoluzione; attraverso la trasparenza delle informazioni e dei processi decisionali; e attraverso un più efficace coordinamento e collaborazione con altri soggetti interessati a tutti i livelli, come previsto dagli Standard Principali e Minimi. In particolare, ci impegniamo a lavorare in collaborazione con le popolazioni colpite considerando la loro partecipazione attiva nella risposta. Riconosciamo la nostra fondamentale responsabilità verso chi cerchiamo di aiutare.



# I principi di protezione



## Come usare questo capitolo

Protezione e assistenza sono le fondamenta dell'azione umanitaria. Gran parte di questo manuale, in particolare i capitoli tecnici, rientra nella competenza di assistenza. Il presente capitolo, invece, si concentra sulla protezione. Sulla base della Carta Umanitaria, esso affronta la questione di come le agenzie umanitarie possono contribuire a tutelare le vittime di violenza o coercizione. Più in generale, chiarisce il ruolo delle agenzie nel garantire il rispetto e l'adempimento dei diritti elencati nella Carta, tra cui l'accesso all'assistenza.

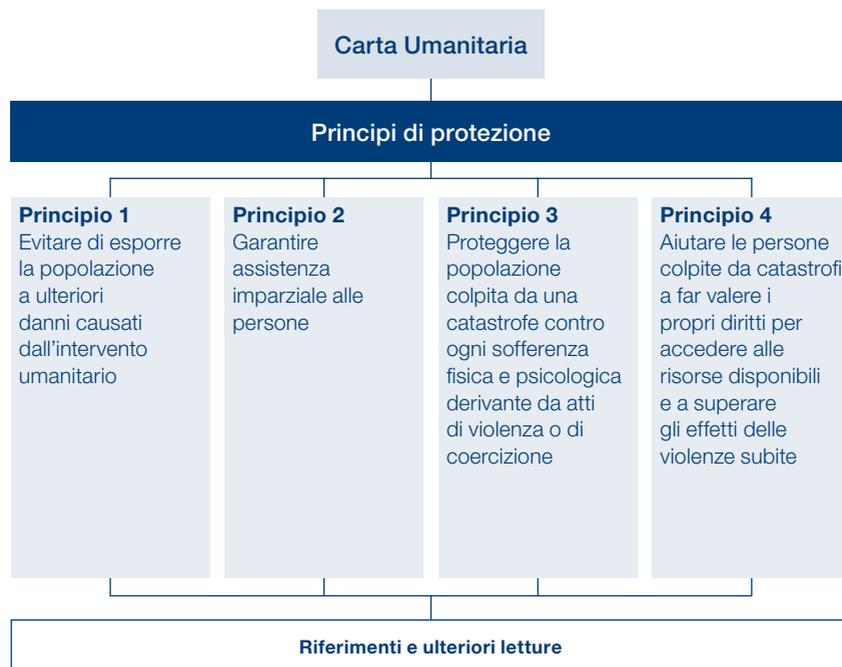
Il capitolo è suddiviso in due sezioni:

- Un'**introduzione**, che fissa le responsabilità generali di chi è coinvolto nella risposta umanitaria per proteggere la popolazione colpita e garantire il rispetto dei suoi diritti;
- Quattro **Principi di Protezione**, sostenuti da tutte le azioni umanitarie, che comprendono gli elementi di base di protezione in fase di risposta umanitaria. Essi sono accompagnati da note di orientamento che chiariscono ulteriormente il ruolo delle agenzie umanitarie nella protezione. Una sezione di riferimento contiene altri principi e materiali riguardanti le aree di protezione più specializzate.

## Contenuti

Introduzione .....	33
Principi di Protezione .....	38
Riferimenti e ulteriori letture .....	50





# Introduzione

## Protezione e risposta umanitaria

La protezione verte sulla sicurezza, sulla dignità e sui diritti delle persone colpite da calamità o conflitti armati. La Carta Umanitaria riassume alcuni dei principali diritti che interessano la risposta umanitaria. Il presente capitolo mostra il modo in cui questi diritti dovrebbero porre la pratica umanitaria sotto una prospettiva di protezione e, in particolare, il modo in cui le agenzie possono evitare di esporre la popolazione colpita a ulteriori danni e aiutare le persone a raggiungere una maggiore sicurezza e protezione.

Le principali preoccupazioni della protezione umanitaria in tal caso sono la libertà dalla violenza e da coercizione di vario genere e la libertà dalla privazione intenzionale dei mezzi di sopravvivenza con dignità.

Ciò dà luogo ai quattro principi di protezione fondamentali, essenza di tutta l'azione umanitaria:

- 1. Evitare di esporre la popolazione a ulteriori danni causati dall'intervento umanitario**
- 2. Garantire assistenza imparziale alle persone**
- 3. Proteggere la popolazione colpita da una catastrofe contro ogni sofferenza fisica e psicologica derivante da atti di violenza o di coercizione**
- 4. Aiutare le persone colpite da catastrofi a far valere i propri diritti per accedere alle risorse disponibili e a superare gli effetti delle violenze subite**

Nel contesto di risposta umanitaria, detti principi riflettono le minacce più gravi che le persone solitamente affrontano nei tempi di conflitto o di calamità. Le note di orientamento riguardano le relative responsabilità e le possibilità a disposizione delle agenzie, nonché i specifici bisogni di protezione.

I quattro principi di protezione si attengono al sommario dei diritti disposto nella Carta Umanitaria: diritto di vivere con dignità, diritto all'assistenza umanitaria e diritto alla protezione e alla sicurezza.



## Comprendere i principi di protezione

Quella che segue è una breve guida utile per interpretare i principi di protezione.

**Principio 1** (evitare di causare danno) si riferisce alle problematiche di protezione che potrebbero essere causate o aggravate dalla risposta umanitaria. Come indicato nella Carta, chi è coinvolto nella risposta umanitaria è tenuto a eseguire tutto il possibile per evitare ragionevolmente di esporre le persone colpite da calamità o conflitto armato a ulteriori danni, per esempio costruendo stabilimenti per sfollati in aree non sicure.

**Principio 2** (garantire accesso imparziale all'assistenza) prevede la responsabilità di mettere a disposizione l'assistenza umanitaria a tutti coloro che ne hanno bisogno, in particolare a chi è più vulnerabile o soggetto a emarginazione per motivi politici o altro. La negazione di assistenza necessaria è una delle maggiori preoccupazioni della protezione.

**Principio 3** (proteggere le persone dalla violenza) mira alla protezione dalla violenza e alla protezione dalla costrizione o dall'istigazione ad agire contro la propria volontà, per esempio imbracciare armi, essere allontanati da un luogo con la forza o essere ostacolati in uno spostamento o sottoposti a trattamento degradante o punitivo. Tale principio mira inoltre a prevenire e attenuare danni fisici e morali, tra cui la diffusione della paura e la creazione deliberata di terrore o panico.

**Principio 4** (assistere le persone a far valere i propri diritti, ad accedere alle risorse disponibili e a superare gli effetti delle violenze subite) si occupa del ruolo di aiuto da parte delle agenzie nel sostenere le persone colpite a far valere i propri diritti, a usufruire dei rimedi, e a ottenere giustizia, risarcimento e restituzione dei beni. Si preoccupa anche di aiutare le persone a superare le conseguenze della violenza carnale e, più in generale, di aiutare a superare le conseguenze di maltrattamento — fisico e morale, sociale ed economico.

Insieme alle note di orientamento, i quattro principi di protezione illustrano quello che le agenzie umanitarie possono e devono fare al fine di proteggere la popolazione colpita dall'evento catastrofico. È però fondamentale osservare che i ruoli e le responsabilità delle agenzie in tal caso sono generalmente secondari. Come afferma la Carta, detti ruoli devono sottostare al dovere primario dello Stato o di altre autorità competenti, come le parti in conflitto che controllano o occupano il territorio. Esse, infatti, detengono la responsabilità ufficiale e legale per il benessere della popolazione nel proprio territorio o il controllo e, più in generale, per la sicurezza dei civili nei conflitti armati.

Infine, tali autorità sono quelle in possesso dei mezzi che garantiscono la sicurezza della popolazione colpita mediante l'azione o l'arresto. Il ruolo chiave delle agenzie potrebbe essere quello di incoraggiare e convincerle a farlo, e aiutare le persone ad affrontare le conseguenze nel momento in cui le autorità vengono meno alle loro responsabilità.

## Mettere in pratica i principi di protezione

Al fine di soddisfare gli standard di questo manuale, ogni agenzia umanitaria deve essere guidata dai medesimi principi, anche se non possiede un mandato distinto di protezione o la competenza specializzata in tale attività.

I principi non sono 'assoluti': si conviene che le circostanze possono limitare la misura in cui le agenzie sono in grado di soddisfarle. In particolare, taluni aspetti del Principio 3 potrebbero non concordare con le competenze di una determinata agenzia. Tuttavia i principi riflettono le preoccupazioni umanitarie universali che dovrebbero guidare l'azione in ogni momento.

Un determinato numero di agenzie umanitarie ha un mandato di protezione o ruoli specifici riguardanti i gruppi vulnerabili. Alcune di esse svolgono attività di protezione, come programmi o progetti autonomi, o sono inserite in interventi di 'gruppo di protezione' o 'settore di protezione', con risorse riservate e personale specializzato. Nel 2011 la Global Protection Cluster prevede strutture di coordinamento con punti focali per le seguenti aree di preoccupazione:

- ▶ Tutela dei minori
- ▶ Violenza di genere
- ▶ Abitazioni, terreni e proprietà
- ▶ Azione antimine
- ▶ Stato di diritto e di giustizia

L'elenco illustra alcune delle specifiche aree di protezione. Non è un elenco completo e bisogna tenere presente che esistono molte altre preoccupazioni riguardanti la protezione specifica.

Per una serie di tali e altre questioni sulla protezione, come la protezione dei civili e degli sfollati interni, o la protezione in caso di calamità naturali, gli standard specifici e le linee guida sono state sviluppate da iniziative diverse da Sphere. Essi sono



elencati nella bibliografia e nelle ulteriori letture alla fine di questo capitolo, che è inteso a integrare tali norme.

## Le diverse modalità di attività di protezione

I quattro principi di protezione si applicano tanto all'attività di protezione specifica quanto all'azione umanitaria generale, sebbene esse possano essere attività differenti. Le attività di protezione di tutte le agenzie umanitarie possono essere classificate sostanzialmente secondo le seguenti tre modalità di attività che sono interdipendenti e possono essere svolte contemporaneamente:

- ▶ **Preventiva:** prevenire le minacce fisiche o le violazioni dei diritti o evitare di esporsi o rendersi vulnerabili a tali pericoli. L'azione preventiva di protezione alle minacce comprende anche gli sforzi volti a promuovere un ambiente che rispetti i diritti di donne, uomini, ragazze e ragazzi di tutte le età, in conformità con il diritto internazionale.
- ▶ **Di risposta:** porre fine alle violazioni in atto reagendo agli episodi di violenza e alle violazioni dei diritti.
- ▶ **Correttiva:** fornire rimedi a violazioni in corso o passate attraverso riparazione e riabilitazione, offrendo assistenza sanitaria, sostegno psicosociale, assistenza legale o altri servizi e supporti, e aiutare la popolazione colpita a usufruire dei rimedi disponibili e rivendicare i propri diritti.

Il sostegno, pubblico o privato, è l'elemento che collega queste tre modalità di attività. Le minacce alla popolazione colpita nascono da deliberate decisioni, azioni o politica e la risposta della protezione spesso è quella di modificare tali comportamenti e politiche. Il sostegno per le agenzie o per altri, per esempio per le organizzazioni per i diritti umani, è un tentativo cruciale per attuare questo cambiamento. Le agenzie umanitarie possono riscontrare problemi per il fatto di 'parlare apertamente' riguardo alle violenze e per la necessità di mantenere una presenza operativa, e tali tensioni possono influire sul come affrontare una determinata questione.

Il successo del sostegno dipende generalmente dall'accesso alle prove attendibili, dall'analisi degli stakeholder e dall'analisi approfondita del contesto. È dunque legato allo standard di valutazione negli standard fondamentali (vedere standard fondamentale 3 a pagina 61). Mentre le note di orientamento di seguito servono a chiarire, qualsiasi dimostrazione, come le testimonianze che permettono di risalire alla fonte delle informazioni, può rivelarsi molto delicata in quanto può mettere le persone a rischio, quindi deve essere trattata con la massima cautela (vedere principio di protezione 1, nota di orientamento 8, pagina 35).

## Principi di protezione

### Principio di protezione 1: evitare di esporre le persone a ulteriori danni a causa delle vostre azioni.

Chi si occupa della risposta umanitaria adotta misure per evitare o ridurre al minimo gli effetti negativi del proprio intervento, in particolare quello di esporre le persone a maggiore pericolo o alla violazione dei propri diritti.



### Tale principio racchiude i seguenti elementi:

- ▶ Il corpo di assistenza umanitaria e l'ambiente in cui essa opera non espongono ulteriormente le persone a rischi fisici, violenze, o altre violazioni dei diritti.
- ▶ Gli impegni di assistenza e protezione non ostacolano le capacità della popolazione colpita di proteggersi.
- ▶ Le agenzie umanitarie gestiscono informazioni delicate in modo tale da non mettere in pericolo la sicurezza degli informatori o coloro che possono essere identificabili dalle stesse.

### Note di orientamento

**Valutare il contesto e prevenire gli effetti** dell'azione umanitaria per la sicurezza della popolazione colpita dall'evento catastrofico.

1. **Evitare di diventare complici di violazione dei diritti.** Certe decisioni e scelte potrebbero essere difficili, come la scelta di assistere persone detenute in accampamenti contro la propria volontà. Tali decisioni devono essere prese caso per caso, e devono sempre essere riviste nel corso del tempo dato che le circostanze cambiano.

2. **Checklist:** quando si valutano le attività, bisogna riflettere regolarmente sul seguente elenco non esaustivo di quesiti, che potrebbero servire come una checklist, sia in termini di risposta umanitaria globale sia in termini di azioni specifiche:
- Quali vantaggi trae la popolazione interessata dalle nostre attività?
  - Quali potrebbero essere gli effetti negativi involontari delle nostre attività sulla sicurezza delle persone, e come possiamo evitarli o limitarli?
  - Le attività considerano le possibili minacce di protezione nei confronti della popolazione colpita? Potrebbero compromettere gli sforzi delle persone che cercano di proteggersi?
  - Le attività sono discriminatorie nei confronti di un qualsiasi gruppo o possono essere percepite come tali? Le attività proteggono i diritti di chi è stato storicamente emarginato o discriminato?
  - Nella protezione e nel supporto dei diritti di tali gruppi, quale sarà l'impatto sulle relazioni all'interno e fuori dalla comunità?
  - Le attività potrebbero aggravare scissioni esistenti nella comunità o tra comunità vicine?
  - Le attività potrebbero involontariamente autorizzare o rafforzare la posizione dei gruppi armati o altri soggetti?
  - Le attività potrebbero essere soggette a sfruttamento criminale?
3. **Consultare vari gruppi** della popolazione colpita — o loro organizzazioni fiduciarie — nella valutazione degli effetti negativi e positivi possibili in seguito alle specifiche attività.
4. **Il modo in cui si fornisce assistenza** può rendere le persone più vulnerabili all'attacco. Per esempio, le materie prime preziose come le razioni di alimenti secchi possono essere oggetto di saccheggi e possono quindi recare danno e privazione ai beneficiari. Considerare forme alternative di assistenza (per esempio cucine o centri di alimentazione che forniscano cibo cotto) può essere un rischio notevole. Le comunità colpite dovrebbero essere consultate per capire il tipo di assistenza che preferiscono.
5. **L'ambiente in cui è fornita assistenza** dovrebbe, nel limite del possibile, essere sicuro per le persone coinvolte. Le persone in difficoltà non dovrebbero essere costrette a spostarsi verso o attraverso zone pericolose per usufruire di assistenza. I luoghi in cui si trovano accampamenti o altri insediamenti, dovrebbero essere più sicuri possibile per gli abitanti e devono essere situati lontano dalle zone soggette ad attacchi o altri pericoli.

## Auto - protezione delle popolazioni colpite

6. **Comprendere i mezzi** con cui le persone cercano di proteggere se stesse, le loro famiglie e le comunità. Iniziative di supporto di auto-aiuto (vedere Principio di protezione 3, note di orientamento 13-14, pagina 40). Le modalità con cui le agenzie umanitarie intervengono non dovrebbero compromettere la capacità delle persone di proteggere se stessi e gli altri — incluso lo spostamento in zone più sicure e l'evitare il contatto con i gruppi armati.
7. **Necessità di sostentamento:** Aiutare le persone a trovare le alternative di sicurezza che soddisfino i loro bisogni di sostentamento. Ciò potrebbe includere la fornitura di beni come acqua, legna o altro materiale combustibile per la cottura che garantisce alle persone di soddisfare i propri bisogni quotidiani senza dover intraprendere viaggi pericolosi e ardui. Quest'ultimo è un problema specialmente per anziani, donne, bambini e persone con disabilità.

## Gestire le informazioni riservate

8. **I dati relativi alla protezione posso essere sensibili** Le agenzie umanitarie devono possedere politiche e procedure chiare in atto per poter gestire il comportamento del proprio personale una volta divenuto consapevole o testimone verso violazioni e riservatezza delle informazioni correlate. Il personale deve essere informato sulle opportune segnalazioni di incidenti o accuse dell'assistito.
9. **In riferimento alle informazioni riservate:** considerare il riferimento alle informazioni relative all'abuso da parte di soggetti del mandato di protezione in questione. Detti soggetti possono trovarsi in altre aree rispetto a quella in cui risiede l'informazione.
10. **Dovrebbe sussistere una politica di riferimento ai dati sensibili** e dovrebbe includere i rapporti sugli incidenti o analisi delle tendenze. Si dovrebbe specificare come gestire le informazioni riservate e le circostanze in cui possono essere riferite. Per quanto possibile, le agenzie dovrebbero ricercare il consenso dei soggetti per l'utilizzo di tali informazioni. Qualsiasi rinvio delle informazioni dovrebbe avere luogo senza mettere in luce la fonte o chi si trova in pericolo.
11. **Le informazioni specifiche su abusi e violazioni di diritti** dovrebbero essere prese in considerazione solo se il loro contenuto è chiaro e dettagliato in relazione all'utilizzo previsto. Tali informazioni protette dovrebbero essere raccolte dalle agenzie con mandato di protezione o in possesso delle necessarie capacità, competenze, sistemi e protocolli in atto. La loro raccolta è soggetta alla condizione di consenso dell'informazione e, in qualsiasi caso, per la sua condivisione con terzi è necessario il consenso dell'individuo.



**12. L'eventuale reazione del governo o di altre autorità competenti** è da prendere in considerazione prima di raccogliere e utilizzare le informazioni sulle violenze. La necessità di proseguire con le operazioni potrebbe essere più importante del bisogno di utilizzare le informazioni. Diverse agenzie umanitarie possono prendere strade differenti in proposito.

### Principio di protezione 2: assicurarsi che le persone possano usufruire di assistenza imparziale — in proporzione ai bisogni e senza discriminazione

Le persone possono usufruire dell'assistenza umanitaria e seconda delle esigenze e senza discriminazioni negative. L'assistenza non è negata alle persone bisognose e l'accesso tramite le agenzie umanitarie deve soddisfare gli standard Sphere.

#### Tale principio racchiude i seguenti elementi:

- ▶ Assicurarsi che tutti i segmenti della popolazione colpita possano accedere all'assistenza umanitaria.
- ▶ Qualunque privazione intenzionale dei mezzi di sussistenza a parti della popolazione, deve sempre essere contestata sulla base del diritto in questione e dei principi umanitari, come descritto nella Carta Umanitaria.
- ▶ Le persone colpite ricevono sostegno in base ai bisogni e non sono discriminati per altri motivi.

#### Note di orientamento

##### Mantenere l'accesso

1. **Quando la popolazione colpita non è in grado di soddisfare i propri bisogni di base** e le autorità competenti non riescono a fornire l'assistenza necessaria, esse non dovrebbero impedire alle organizzazioni umanitarie di occuparsene. Tale negazione può violare il diritto internazionale, in particolare in situazioni di conflitto armato.
2. **Monitorare l'accesso:** verificare attentamente l'accesso della popolazione colpita all'assistenza umanitaria, con particolare attenzione alle persone più vulnerabili.
3. **L'accesso all'assistenza e la libertà di circolazione** sono strettamente connessi (vedere Principio di protezione 3, note di orientamento 7-9, pagina 39). Monitorare l'accesso dovrebbe considerare alcuni ostacoli come controlli, blocchi o la presenza di mine. In situazioni di conflitto armato, le

parti possono stabilire punti di controllo, ma tali barriere non dovrebbero discriminare le categorie di persone interessate o ostacolare indebitamente il loro accesso all'assistenza umanitaria. Dovrebbero essere adottate misure speciali per garantire la parità di accesso alle persone colpite nelle regioni remote o inaccessibili.

1. **Dovrebbero essere adottate misure speciali per facilitare l'accesso dei gruppi vulnerabili**, considerando la situazione, le condizioni sociali e culturali e i comportamenti delle comunità. Tali misure possono includere la realizzazione di spazi sicuri per le persone che sono state vittime di violenze come lo stupro o il traffico, o introdurre mezzi che facilitano l'accesso a persone con disabilità. Tali misure dovrebbero evitare che questi gruppi siano discriminati (vedere standard fondamentale 3, note di orientamento 5-6, pagina 63).

#### Reagire alla negazione di assistenza o di accesso alle necessità di sussistenza

2. **Il diritto all'assistenza umanitaria:** come sostenuto nella Carta Umanitaria, la popolazione colpita ha il diritto di ricevere assistenza umanitaria. Questo diritto deriva da una serie di norme e regole legali che fanno parte del diritto internazionale. Più in particolare, il diritto internazionale umanitario contiene una serie di disposizioni in materia di accesso agli aiuti e sulla protezione dei beni indispensabili alla sopravvivenza della popolazione civile (Protocolli aggiuntivi I e II del 1977 alla Convenzione di Ginevra del 1949). Le agenzie umanitarie possono considerare di promuovere il rispetto per le leggi in materia (vedere anche principio di protezione 3, note di orientamento 3-4, pagina 38-39).

#### Garantire la non discriminazione

3. **Imparzialità:** le agenzie umanitarie dovrebbero dare la priorità alle persone da assistere unicamente in base alle loro necessità, e fornire assistenza in proporzione al bisogno. Questo è il principio di imparzialità contenuto nel codice di condotta per la Croce Rossa e per la Mezzaluna Rossa e le ONG (organizzazione non governativa) internazionali che si occupano di eventi disastrosi (vedere allegato 2, pagina 368 e la Carta Umanitaria, pagina 19). Le agenzie umanitarie non dovrebbero concentrarsi unicamente su un particolare gruppo (per esempio gli sfollati negli accampamenti), se tale attenzione va a discapito di un'altra parte della popolazione colpita.
4. **Le persone colpite non richiedono uno speciale status giuridico** al fine di ricevere assistenza umanitaria e protezione.



### Principio di protezione 3: proteggere le persone da danni fisici e psicologici derivanti da violenza e coercizione

Le persone sono tutelate dalla violenza, dalla costrizione o induzione ad agire contro la propria volontà e dalla paura di tale violenza.

#### Tale principio racchiude i seguenti elementi:

- ▶ Adottare le misure necessarie per garantire che la popolazione interessata non sia soggetta ad attacco violento, sia affrontando la fonte della minaccia sia aiutando le persone a evitarla.
- ▶ Adottare le misure necessarie per garantire che la popolazione interessata non sia soggetta a coercizione, ovvero costretta o indotta ad agire contro la propria volontà in modo da causare a essa del male o violare i propri diritti (per esempio la libertà di circolazione).
- ▶ Sostenere gli sforzi della popolazione colpita di mantenersi al sicuro, trovare la sicurezza e ripristinare la dignità, includendo comunità e meccanismi di auto-aiuto.

#### Note di orientamento

##### Protezione da violenza e coercizione

1. **La responsabilità principale di proteggere le persone** dalle minacce, di poter condurre una vita in comunità e garantire loro sicurezza, risiede nel governo e nelle autorità competenti (vedere Carta Umanitaria, pagina 19). Durante un conflitto armato, le parti coinvolte devono proteggere la popolazione civile e chi ha depresso le armi. Le agenzie umanitarie, analizzando la situazione in termini di rischi e minacce per la popolazione, dovrebbero stabilire chi ha la responsabilità legale e/o l'effettiva capacità di garantire protezione.
2. **Ridurre al minimo le altre minacce:** ciò comprende garantire assistenza per rendere le persone più sicure, facilitando i loro sforzi di tenersi lontano dal pericolo o di prendere misure (mediante sostegno o altro) per evitare che le persone vi siano esposte.

3. **Monitoraggio e comunicazione:** le agenzie umanitarie dovrebbero sentirsi responsabili di monitorare e segnalare le gravi violazioni dei diritti. Inoltre, dovrebbero considerare la difesa per tutelare i diritti delle popolazioni colpite, ricordando i propri obblighi alle autorità e ai soggetti coinvolti. Esse possono utilizzare diverse strategie tra cui diplomazia, attività di lobby, e sostegno pubblico, tenendo conto degli orientamenti sulla gestione delle informazioni riservate (vedi Principio di protezione 1, pagina 33).
4. **Durante un conflitto armato,** le agenzie umanitarie dovrebbero monitorare le istituzioni che sono esplicitamente protette dal diritto internazionale umanitario, come scuole e ospedali, segnalando eventuali attacchi contro di esse. Le agenzie dovrebbero anche cercare di ridurre i rischi di minacce e di sequestri o reclutamento forzato, che possono verificarsi in tali aree.
5. **Nei luoghi in cui grava la minaccia degli esplosivi sulla popolazione,** le agenzie umanitarie dovrebbero collaborare con le autorità pubbliche competenti e con le agenzie specializzate nella rimozione di mine e ordigni inesplosi. Tale minaccia potrebbe verificarsi specialmente nel momento in cui le popolazioni rientrano nelle loro abitazioni in seguito a un conflitto armato.
6. **Politiche, forze dell'ordine e soggetti militari** svolgono un ruolo importante nella protezione delle persone da maltrattamenti e violenze. Sostanzialmente, nella politica si ritrovano tutte le soluzioni alle preoccupazioni che riguardano la protezione. Sicurezza e forze dell'ordine, come polizia e forze armate, sono fondamentali per garantire la sicurezza fisica delle persone a rischio. Le agenzie possono avvisare le parti interessate delle violazioni in atto. Tali interventi per mezzo di contingenti militari, comandanti e autorità che controllano dette forze, possono rivelarsi un aiuto essenziale per fermare le violazioni delle forze armate.

##### Libertà di circolazione

7. **Le persone non dovrebbero rimanere o spostarsi in luoghi forzatamente** (per esempio in un accampamento), e nessun'altra irragionevole restrizione dovrebbe imporsi sulla loro libertà di circolazione. Tali restrizioni devono avere luogo soltanto per motivi di sicurezza e di salute, e devono essere proporzionati a questo obiettivo. Le persone colpite da conflitti o calamità hanno il diritto di chiedere asilo in qualsiasi momento.
8. **Evacuazioni:** le agenzie umanitarie dovrebbero considerare le evacuazioni solo come misure eccezionali in circostanze estreme, in cui non c'è altro modo che possa garantire assistenza o protezione urgente di fronte alle gravi minacce alla vita, alla sicurezza e alla salute.



9. **Non si dovrebbe suggerire alla popolazione colpita di rimanere in un luogo pericoloso**, né se ne deve promuovere il ritorno o il reinserimento se non vi è pieno accesso a tutte le informazioni sulle condizioni di tali zone.

#### Particolari vulnerabilità alla violenza e coercizione

10. **Persone vulnerabili:** occorre considerare i fattori soggettivi, sociali e contestuali al fine di individuare i più sensibili a certi rischi e minacce. Potrebbero rivelarsi utili misure speciali per chi deve affrontare particolari rischi, tra cui donne, bambini, persone che sono state costrette a sfollare, persone anziane, con disabilità e minoranze religiose o etniche.
11. **Ambienti sicuri per i minori:** le agenzie dovrebbero fornire ai bambini l'accesso ad ambienti sicuri. Famiglie e comunità dovrebbero essere aiutate a mantenere i bambini al sicuro.
12. **I minori, soprattutto quelli allontanati dalle proprie famiglie** o non accompagnati da un adulto, in caso di conflitto o catastrofi possono essere soggetti a violenze o sfruttamento più facilmente. Le agenzie devono adottare tutte le misure necessarie affinché i minori non siano reclutati dalle forze armate e nel caso in cui vi siano rapporti, bisogna operare in modo che siano immediatamente rilasciati e reintegrati.
13. **Le donne e le ragazze possono essere esposte particolarmente a rischio** di violenza di genere. Contribuendo alla tutela di questi gruppi, le agenzie umanitarie dovrebbero considerare soprattutto i rimedi che riducono i possibili rischi, incluso il traffico, la prostituzione forzata, violenza carnale e domestica. Esse dovrebbero inoltre implementare norme e strumenti che prevengano ed eliminino la pratica di sfruttamento e violenza sessuale. Tale pratica inaccettabile può coinvolgere le persone con specifiche debolezze come donne isolate o con disabilità che sono forzate a scambiare il sesso per assistenza umanitaria.

#### Sostegno sociale di base comunitaria e auto-aiuto

14. **Organi di protezione e di sostegno psicosociale a famiglie e comunità** dovrebbero essere promossi attraverso il mantenimento delle famiglie unite, l'istruzione su come prevenire l'allontanamento dei bambini dalle famiglie, promuovendo cure adeguate ai minori rimasti soli e organizzando sistemi che aiutino le famiglie e ritrovarsi. Possibilmente, mantenere le famiglie unite e aiutare le persone a vivere nello stesso villaggio o zona.
15. **Sostenere le attività di auto-aiuto:** tali attività comprendono, per esempio, gruppi che si occupano di donne che hanno subito violenza di genere, gruppi giovanili che collaborano al sostentamento, gruppi di genitori che sostengono interazioni positive con i bambini e genitori di bambini piccoli o bambini

che richiedono cure speciali, gruppi di giovani che si occupano di diffondere informazione di protezione verso le minacce come mine e comunità che assistono uomini e donne che hanno perso i propri compagni, anziani e persone con disabilità.



#### Principio di protezione 4: aiutare le persone a far valere i propri diritti, a usufruire dei rimedi disponibili e superare gli effetti della violenza

La popolazione colpita è aiutata a far valere i propri diritti attraverso l'informazione, la documentazione e l'assistenza nella ricerca dei rimedi. Le persone sono adeguatamente supportate nel recupero degli effetti fisici, psicologici e sociali derivati da violenza e altri maltrattamenti.

#### Tale principio racchiude i seguenti elementi:

- ▶ Sostenere le persone colpite nel far valere i propri diritti e poter usufruire dei rimedi grazie al governo o altre fonti e fornire loro informazioni riguardanti i loro diritti e i rimedi disponibili.
- ▶ Garantire alle persone colpite la documentazione necessaria a dimostrare i propri diritti.
- ▶ Aiutare il recupero delle persone colpite mettendo a disposizione comunità e altri servizi di sostegno psicosociale.

#### Note di orientamento

##### Sostenere le persone colpite nel far valere i propri diritti

16. **Il governo e le altre autorità competenti** hanno la responsabilità di garantire il rispetto e l'adempimento dei diritti della popolazione colpita. Attraverso sistemi giuridici o mediante altre vie, le agenzie umanitarie dovrebbero sostenere le popolazioni colpite affinché rivendichino i propri diritti.
17. **Diritti:** le agenzie dovrebbero informare le persone a cui vengono negati i propri diritti sia entro un programma di aiuto sia ai sensi delle leggi e dei regolamenti del paese in questione. È importante (ri)stabilire i diritti relativi agli alloggi, terre e proprietà.
18. **Informazione e consultazione:** la popolazione interessata deve essere informata dalle autorità e dalle agenzie umanitarie mediante un linguaggio e maniere comprensibili. Essi dovrebbero impegnarsi in una consultazione efficace per quando riguarda le decisioni che influiscono sulla loro vita, senza aggiungere ulteriori rischi (vedere Standard fondamentale 1, pagina 55). Questo aiuta a far valere i loro diritti.

#### Documentazione

19. **Tutela o sostituzione di documentazione smarrita:** le agenzie umanitarie devono aiutare a garantire la documentazione alla popolazione colpita — o sostituire quella smarrita — al fine di poter accedere ai loro diritti. Le persone hanno diritto a prescindere dal possesso di determinati documenti. Ma al fine di accedere all'intera gamma dei diritti, è richiesto un certo tipo di documentazione o di identificazione, per esempio un certificato di nascita, di matrimonio, passaporto o titolo di proprietà. L'accesso alla documentazione sulla proprietà di solito è particolarmente richiesto in seguito a una calamità ma in diversi Stati la proprietà non sempre è opportunamente documentata e questo può diventare motivo di controversie. I certificati di morte devono essere ben disposti per evitare problemi finanziari e giuridici ai parenti. Essi di solito non sono redatti quando lo smaltimento delle salme non è stato accompagnato da una cerimonia, pratica che si dovrebbe evitare.
20. **Documentazione legale** riconosciuta dal governo e da autorità competenti non deve essere confusa con la documentazione rilasciata dalle agenzie umanitarie, come per esempio i documenti registrati, le tessere di razione e i voucher per il trasporto. La documentazione ufficiale rilasciata dalle autorità non dovrebbe determinare chi ha diritto all'assistenza da parte di organizzazioni umanitarie.

#### Accesso ai rimedi

21. **Le persone hanno diritto di richiedere risarcimento legale e di altro tipo:** le persone hanno diritto di richiedere risarcimento legale e di altro tipo al governo e alle autorità competenti per la violazione dei propri diritti. Ciò può includere risarcimento per la perdita o la restituzione dei beni. Esse hanno anche il diritto di pretendere che gli autori di dette violazioni siano condotti alla giustizia. Questo è importante per il ripristino della fiducia e della sicurezza nelle popolazioni colpite. Le agenzie umanitarie possono essere in grado di assistere le persone a interagire con la giustizia o affidare le questioni alle agenzie che sono in grado di fornire tale sostegno.
22. **Assistenza sanitaria e riabilitazione:** le persone dovrebbero essere supportate a ricevere appropriata assistenza sanitaria e riabilitazione in seguito ad attentati, violenza di genere e relativi problemi (vedere Servizi sanitari essenziali — Standard sul controllo delle malattie trasmissibili 3, pagina 316 e Servizi sanitari essenziali — gli standard di salute del minore 1-2, pagine 321-323).
23. **Quando l'assistenza correttiva è fornita da fonti non governative,** le persone dovrebbero essere aiutate ad accedervi, ove necessario.



## Comunità e altro aiuto psicosociale

- 24. Meccanismi positivi di risposta comune** come sepolture culturalmente appropriate, cerimonie e pratiche religiose e pratiche culturali e sociali non pericolose dovrebbero essere supportate.
- 25. Attività per minori:** se ritenuto appropriato, le comunità dovrebbero essere incoraggiare a organizzare attività strutturate, educative e protettive per bambini attraverso mezzi non formali come spazi su misura. La procedura di protezione delle comunità dovrebbe comprendere le attività di auto-aiuto promotrici del benessere psicosociale.
- 26. Aiutare a promuovere un adeguato supporto psicosociale alle vittime della violenza.** Assicurarsi che i sopravvissuti abbiano accesso ai social network della comunità e alle attività di auto-aiuto. L'accesso al sostegno sociale della comunità dovrebbe essere integrato a quello delle cure sanitarie mentali.
- 27. Sistema di supporto integrato:** le agenzie che dedicano il loro lavoro al sostegno psicosociale e alla salute mentale in vari settori dovrebbero collaborare per realizzare un sistema integrato di sostegno per la popolazione (vedere Servizi sanitari essenziali — standard sulla salute mentale 1, pagina 333).
- 28. Supporto clinico:** stabilire le procedure per l'invio delle persone gravemente colpite al supporto clinico disponibile.

## Riferimenti e ulteriori letture

### Protezione generale: contesto e strumenti

Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia and World Vision Australia (2008), Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response – Field Testing Version. [www.icva.ch/doc00002448.pdf](http://www.icva.ch/doc00002448.pdf)

Gioffi Caverzasio, S (2001), Strengthening Protection in War – A Search for Professional Standards. Ref 0783. International Committee of the Red Cross (ICRC). Geneva.

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2002), Growing the Sheltering Tree –Protecting Rights through Humanitarian Action – Programmes & practices gathered from the field. Geneva. [www.icva.ch/gstree.pdf](http://www.icva.ch/gstree.pdf)

IASC (2010), Operational Guidelines and Manual for the Protection of Persons Affected by Natural Disasters.

ICRC (2008), Enhancing protection for civilians in armed conflict and other situations of violence. Geneva. [www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0956.htm](http://www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0956.htm)

ICRC (2009), Professional standards for protection work carried out by humanitarian and human rights actors in armed conflict and other situations of violence. Geneva. [www.icrc.org/web/eng/siteeng0.nsf/htmlall/p0999](http://www.icrc.org/web/eng/siteeng0.nsf/htmlall/p0999) or [www.unhcr.org/refworld/type,THEMGUIDE,,,4b39c5a2,0.html](http://www.unhcr.org/refworld/type,THEMGUIDE,,,4b39c5a2,0.html)

O'Callaghan, S and Pantuliano, S (2007), Incorporating Civilian Protection into Humanitarian Response. HPG Report 26. Overseas Development Institute (ODI). London.

Slim, H and Bonwick, A (2005), Protection – an ALNAP guide for humanitarian agencies. ODI. London. [www.alnap.org/initiatives/protection.aspx](http://www.alnap.org/initiatives/protection.aspx)

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) (2009),



Aide Mémoire: For the Consideration of Issues Pertaining for the Protection of Civilians. New York.

[www.humansecuritygateway.com/showRecord.php?RecordId=33206](http://www.humansecuritygateway.com/showRecord.php?RecordId=33206)

## Specifici standard di protezione

### Minori

ICRC, International Rescue Committee, Save the Children, UNICEF, UNHCR and World Vision (2004), Interagency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. Geneva. [www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc\\_002\\_1011.pdf](http://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_1011.pdf)

UNICEF (2007), Paris Principles and Commitments to Protect Children from Unlawful recruitment or Use by Armed Forces or Groups. Paris. [www.un.org/children/conflict/english/parisprinciples.html](http://www.un.org/children/conflict/english/parisprinciples.html)

UN Disarmament, Demobilization and Reintegration (UN-DDR) (2006), Integrated Disarmament, Demobilisation, and Reintegration Standards. New York. [www.unddr.org/iddrs/05/20.php](http://www.unddr.org/iddrs/05/20.php) and [www.unddr.org/iddrs/05/30.php](http://www.unddr.org/iddrs/05/30.php)

### Handicaps

Handicap International, Protection – Issues for People with Disabilities and Injuries, 2006.

Handicap International, Toolkit on Protection of Persons with Disabilities, 2008.

### Violenza di genere

IASC (2005), Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on the Prevention of and Response to Sexual

Violence in Emergencies. Geneva. [www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=3](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=3)

World Health Organization (WHO) (2007), Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. Geneva. [www.who.int/gender/documents/violence/9789241595681/en/index.html](http://www.who.int/gender/documents/violence/9789241595681/en/index.html)

### Alloggi, terreni e diritti di proprietà

Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. E/CN.4/SUB.2/RES/2005/21. “Pinheiro Principles”. [http://ap.ohchr.org/documents/alldocs.aspx?doc\\_id=11644](http://ap.ohchr.org/documents/alldocs.aspx?doc_id=11644)

Global Land Tool Network and Early Recovery Cluster (2010), Land and natural disasters – Guidance for Practitioners. UN Human Settlements Programme (UN-Habitat) and Food and Agriculture Organization (FAO). Nairobi. [www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=2973](http://www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=2973)

Global Protection Cluster, Housing, Land And Property Area of Responsibility (2009), Checklist of Housing, Land and Property Rights and Broader Land Issues Throughout the Displacement Timeline from Emergency to Recovery. [www.internal-displacement.org/8025708F004BE3B1/\(httpInfoFiles\)/430298C3C285133DC12576E7005D360D/\\$file/HC%20Checklist%20on%20HLP%20and%20Land%20Issues\\_Final2.pdf](http://www.internal-displacement.org/8025708F004BE3B1/(httpInfoFiles)/430298C3C285133DC12576E7005D360D/$file/HC%20Checklist%20on%20HLP%20and%20Land%20Issues_Final2.pdf)

Internal Displacement Monitoring Centre, FAO, OCHA, Office of the UN High Commissioner for Human Rights, UN-Habitat and UNHCR (2007), Handbook on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. Implementing the ‘Pinheiro Principles’, IASC. Geneva. [www.unhcr.org/refworld/docid/4693432c.html](http://www.unhcr.org/refworld/docid/4693432c.html)

### Sfollati

Bagshaw, S and Paul, D (2004), Protect or Neglect? Towards a More Effective United Nations Approach to the Protection of Internally Displaced Persons – An Evaluation. Brookings-SAIS Project on Internal Displacement and UNOCHA, Interagency Internal Displacement Division. Washington DC. [www.brookings.edu/papers/2004/1123humanrights\\_bagshaw.aspx](http://www.brookings.edu/papers/2004/1123humanrights_bagshaw.aspx)

Brookings Institution – University of Bern Project of Internal Displacement (2005), Addressing Internal Displacement: A Framework for National Responsibility. Washington DC. [www.brookings.edu/projects/idp/20050401\\_nrframework.aspx](http://www.brookings.edu/projects/idp/20050401_nrframework.aspx)

Global Protection Cluster (2010), Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons. [www.unhcr.org/refworld/docid/4790cbc02.html](http://www.unhcr.org/refworld/docid/4790cbc02.html)

IASC (2004), Implementing the Collaborative Approach to Situations of Internal Displacement – Guidance for UN Humanitarian and/or Resident Coordinators. [www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=10](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=10)



IASC (2010), Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. [www.brookings.edu/reports/2010/0305\\_internal\\_displacement.aspx](http://www.brookings.edu/reports/2010/0305_internal_displacement.aspx)

UN Economic and Social Council (1998), UN Guiding Principles on Internal Displacement. E/CN.4/1998/53/Add.2. [www.idpguidingprinciples.org/](http://www.idpguidingprinciples.org/) or [www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/d2e008c61b70263ec125661e0036f36e?Opendocument](http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/d2e008c61b70263ec125661e0036f36e?Opendocument)

### Salute mentale e sostegno psicosociale

IASC (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support. [www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-productsdefault](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-productsdefault)  
IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support (2010), Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) In Humanitarian Emergencies: What Should Protection Programme Managers Know. [www.psychosocialnetwork.net/explore/tags/mhpss/](http://www.psychosocialnetwork.net/explore/tags/mhpss/)

### Azione antimine

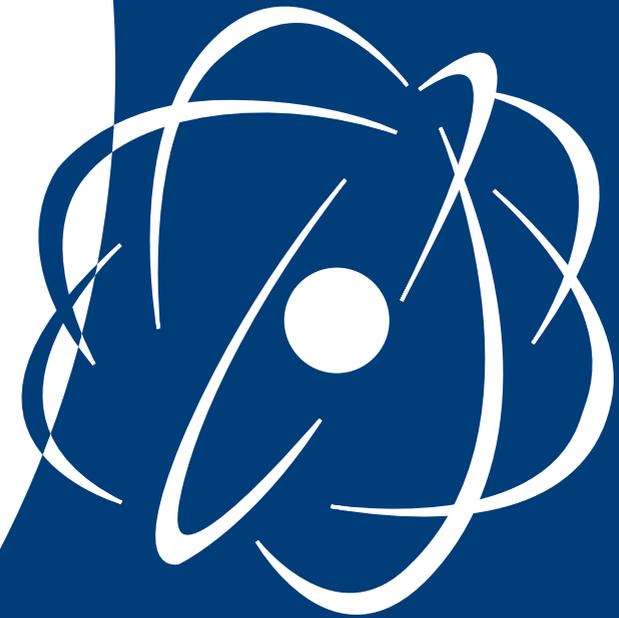
The International Mine Action Standards. [www.mineactionstandards.org/imas.htm#english](http://www.mineactionstandards.org/imas.htm#english)

### Anziani

IASC (2008), Humanitarian Action and Older Persons – An essential brief for humanitarian actors. WHO–HelpAge International. [www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=24](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=24)



# Gli standard fondamentali



# Come usare questo capitolo

Gli Standard Fondamentali sono standard essenziali di processo, condivisi da ogni settore. Essi forniscono un unico punto di riferimento per gli approcci che si trovano alla base di tutti gli standard presenti nel Manuale. Ogni capitolo, quindi, richiede un uso parallelo anche degli Standard Fondamentali per aiutare a raggiungere i propri standard specifici.

Si contano sei Standard Fondamentali:

Risposta umanitaria incentrata sulle persone  
 Coordinamento e collaborazione  
 Valutazione  
 Progettazione e risposta  
 Performance, trasparenza e apprendimento  
 Performance degli operatori umanitari

Ogni Standard Fondamentale è strutturato come segue:

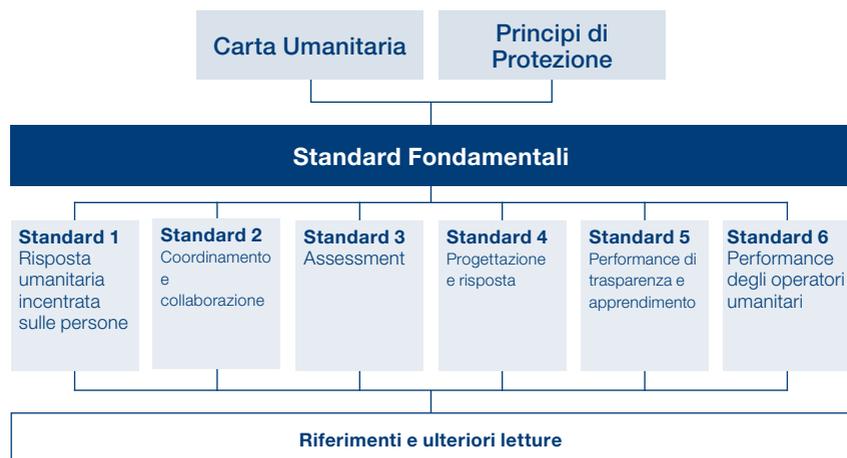
- **Lo Standard Fondamentale:** ha natura qualitativa e specifica il livello da raggiungere nella risposta umanitaria.
- **Azioni chiave:** sono tutte le attività e gli input suggeriti per aiutare a raggiungere gli standard.
- **Indicatori chiave:** sono 'segnali' che indicano se lo standard è stato raggiunto. Forniscono un modo per misurare e comunicare i processi e i risultati delle azioni chiave; essi fanno riferimento allo standard minimo, non all'azione chiave.
- **Note di orientamento:** includono i punti specifici da considerare quando si applicano gli Standard Fondamentali, le azioni chiave e gli indicatori chiave in situazioni differenti. Sono un'utile guida per affrontare difficoltà pratiche, parametri di riferimento o suggerimenti su questioni prioritarie. Possono altresì includere punti critici relativi agli standard, alle azioni o agli indicatori, e descrivere dubbi, controversie o lacune nelle conoscenze attuali.

Gli indicatori chiave degli Standard Fondamentali consentono un ampio spettro di variazioni nelle applicazioni e nel contesto in cui si trova l'operatore. Per ogni indicatore viene fornita una descrizione dettagliata in termini quantitativi e di tempistiche altamente specifici per il contesto e il settore. Gli operatori dovrebbero dunque adattare gli indicatori chiave alla loro particolare situazione in maniera adeguata. Al termine del presente capitolo è fornita una bibliografia e una lista di ulteriori letture consigliate.

# Contenuti

Introduzione .....	59
Gli Standard Fondamentali .....	62
Letture consigliate .....	86





## Introduzione

Gli Standard Fondamentali descrivono i processi essenziali per il raggiungimento di tutti gli Standard minimi Sphere. Essi rappresentano un'espressione concreta dei principi della Carta Umanitaria Sphere e sono fondamentali per i diritti delle popolazioni colpite dai disastri e dai conflitti ad un'assistenza che provveda a garantire una vita dignitosa. Gli Standard Fondamentali indicano il livello minimo che deve essere raggiunto nella risposta (così come segnalato dagli indicatori chiave) dalle organizzazioni umanitarie, siano esse comunità di base, locali, nazionali o internazionali.

Gli Standard Fondamentali sono connessi ad altre iniziative chiave di responsabilità, promuovendo la coerenza e rinforzando un impegno condiviso per l'accountability.

Per esempio, i parametri "Humanitarian Accountability Partnership (HAP) 2010 Standard in Accountability e Quality Management" e gli Standard Fondamentali contengono prerogative complementari. Lo standard sulle prestazioni dell'operatore umanitario è coerente con i principi espressi nel Codice di Buona Condotta dei Volontari. Gli Standard Fondamentali 1 e 5 nello specifico, fanno riferimento a The Good Enough Guide dell'Emergency Capacity Building (ECB) Project, al Groupe URD's Quality Compas e all'Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP).

Gli Standard Fondamentali sono connessi ai Foundational Standard contenuti negli Standard Minimi per l'educazione: preparazione, risposta, ripresa, rilasciati dal network INEE (Inter-Agency Network for Education in Emergencies).

### L'importanza degli standard fondamentali per ogni settore

Il primo Standard Fondamentale riconosce che la partecipazione delle popolazioni colpite dai disastri – donne, uomini, ragazze e ragazzi di ogni età – e le loro capacità e strategie di sopravvivere con dignità sono parte integrante della risposta umanitaria.



Lo Standard Fondamentale 3 descrive la necessità di analisi dei bisogni sistematiche per comprendere la natura del disastro, per identificare chi ne è stato coinvolto e in che modo, e per accertare la vulnerabilità e le capacità delle vittime. Riconosce inoltre la fondamentale importanza di comprendere i bisogni in relazione al contesto politico, sociale, economico e ambientale, e all'intera popolazione. Attraverso lo Standard Fondamentale 4 le agenzie possono pianificare la loro risposta basandola su analisi imparziali dei bisogni, concentrandosi sui bisogni trascurati in relazione al contesto e alle capacità delle popolazioni e degli stati colpiti dai disastri di soddisfare le proprie necessità.

Lo Standard Fondamentale 5 è raggiunto dalle organizzazioni che costantemente monitorano l'efficacia, la qualità e l'adeguatezza del loro intervento. Le agenzie adattano le loro strategie in conformità alle informazioni monitorate ed ai feedback che ricevono dalle popolazioni colpite dai disastri, e condividono le informazioni che riguardano le loro prestazioni. Esse puntano su monitoraggi e valutazioni oggettive, utilizzando i risultati per migliorare le loro politiche e le loro modalità d'intervento.

Lo Standard Fondamentale 6 riconosce che le agenzie umanitarie hanno l'obbligo nei confronti delle popolazioni colpite dai disastri di assumere operatori umanitari con conoscenze, capacità, comportamenti e attitudini appropriate tali da permettere il raggiungimento di un'efficace risposta umanitaria. Allo stesso modo esse hanno la responsabilità di mettere gli operatori umanitari in condizione di poter operare in maniera soddisfacente attraverso una gestione efficace ed un supporto per il loro benessere psicofisico.

## Vulnerabilità

Sphere si concentra sul soddisfacimento dei bisogni primarie di sopravvivenza delle persone colpite da disastri o conflitti. Tuttavia, gli Standard Fondamentali possono anche fungere da supporto per la prevenzione dei disastri e come approcci per ridurre rischi futuri e vulnerabilità, per incrementare le capacità e promuovere una rapida ripresa. Questi tipi di approcci tengono conto dell'impatto che la risposta ha sull'ambiente naturale e nel contesto più ampio, e sono molto importanti per le necessità delle comunità ospitanti e della popolazione.

All'interno del manuale, il termine 'vulnerabile' si riferisce alle persone che sono particolarmente sensibili agli effetti dei disastri naturali o causati dall'uomo, o ai conflitti. Le persone sono, o diventano, maggiormente vulnerabili ai disastri a causa di una combinazione di diversi fattori di natura fisica, sociale, ambientale e politica. Esse possono essere oggetto di discriminazione da parte della propria società a causa della propria etnia, età, sesso, disabilità, classe o casta, affilia-

zione politica o religione. Una combinazione di diverse vulnerabilità e l'effetto di un contesto molto spesso instabile, possono contribuire a rendere più vulnerabili le persone per diverse ragioni e in modi differenti. Le persone vulnerabili, come tutte quelle che sono afflitte da disastri, hanno varie capacità per gestire e riprendersi dai disastri. Un'attenta comprensione delle capacità delle persone vulnerabili e degli ostacoli che possono fronteggiare per accedere al supporto umanitario risulta essere essenziale per una risposta che incontri pienamente i bisogni di coloro che ne necessitano di più.



# Gli Standard Fondamentali

## Standard Fondamentale 1: Risposta umanitaria incentrata sulle persone.

La capacità e le strategie delle persone per sopravvivere con dignità sono parte integrante nella progettazione e nell'approccio della risposta umanitaria.

### Azioni Chiave (da leggere insieme alle note di orientamento)

- ▶ Supportare le capacità locali individuando gruppi e reti sociali della comunità il prima possibile e sviluppare le iniziative comunitarie e di auto-aiuto (vedere la nota di orientamento 1).
- ▶ Stabilire un meccanismo sistematico e trasparente attraverso il quale le persone colpite da disastro o conflitto possano fornire feedback regolarmente e influenzare i programmi (si veda la nota di orientamento 2).
- ▶ Assicurare una rappresentazione equilibrata delle persone vulnerabili nelle discussioni con le popolazioni colpite da disastro (si veda la nota di orientamento 3).
- ▶ Fornire alle popolazioni colpite informazioni riguardanti l'agenzia umanitaria, il/i suo/suoi progetto/i e i diritti delle persone mediante modi e linguaggio accessibili (vedere la nota di orientamento 4).
- ▶ Garantire il prima possibile alle popolazioni colpite l'accesso a spazi sicuri e appropriati per gli incontri della comunità e per la condivisione di informazioni (si veda la nota di orientamento 5).
- ▶ Dare la possibilità alle persone di presentare, in modo semplice e sicuro, reclami circa il programma, e stabilire procedure trasparenti e puntuali per azioni di risposta e di recupero (si veda la nota di orientamento 6).
- ▶ Se possibile, fare uso della manodopera locale, di materiali eco-sostenibili e coinvolgere aziende socialmente responsabili per far beneficiare l'economia locale e per promuoverne la ripresa.

- ▶ Organizzare progetti, ove possibile, per soddisfare e rispettare in maniera utile le pratiche culturali, spirituali e tradizionali, considerando l'importanza che gli viene data dalla popolazione locale (vedere la nota di orientamento 7).
- ▶ L'intervento deve incrementare progressivamente il potere decisionale delle persone vittime di disastri e la loro responsabilità sui programmi nel corso di una risposta umanitaria.

### Indicatori Chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Le strategie del progetto sono esplicitamente connesse alle capacità e alle iniziative delle comunità.
- ▶ Le persone colpite dai disastri conducono o partecipano attivamente agli incontri periodici sulla pianificazione e sull'implementazione della risposta (si vedano le note di orientamento 1-2).
- ▶ Il numero delle iniziative autonome condotte da parte della comunità colpita e dalle autorità locali aumenta progressivamente durante il periodo della risposta (vedere la nota di orientamento 1).
- ▶ Le organizzazioni hanno indagato e, se appropriato, hanno agito sulla base dei reclami ricevuti circa l'assistenza fornita.

### Note di orientamento

1. **Capacità locale:** le persone vittime di disastri posseggono e acquisiscono competenze, conoscenze e capacità per far fronte, reagire e riprendersi dagli stessi. La partecipazione attiva alla risposta umanitaria è un fondamento essenziale del diritto delle persone ad una vita dignitosa affermato nei Principi 6 e 7 del Codice di Condotta seguito dalla Croce Rossa Internazionale e dal Movimento della Mezzaluna Rossa, dalle Organizzazioni Non-Governative (ONG) in caso di eventi catastrofici (si vedano allegati 1 e 2 a pagina 368). Le iniziative di auto aiuto guidate dalla comunità locale contribuiscono a incrementare il benessere psicologico e sociale delle popolazioni colpite dai disastri attraverso il ripristino della dignità e di un determinato livello di controllo. L'accesso al supporto sociale, finanziario, culturale e psicologico attraverso le famiglie estese, le reti religiose e i rituali, le scuole, gli amici e le attività di comunità, aiuta a ristabilire l'autostima e l'identità dell'individuo e dell'intera comunità, diminuisce la percezione della vulnerabilità e accresce la capacità di recupero. Gli abitanti locali dovrebbero essere supportati a identificare e, opportunamente, riattivare o stabilire reti di sostegno e gruppi di auto aiuto. Il livello con cui le persone partecipano, e il modo in cui lo fanno, sarà determinato da quanto recentemente si sia verificato il disastro e dalle circostanze fisiche, sociali e politiche. Gli indicatori di riferimento della partecipazione dovrebbero inoltre essere selezionati tenendo conto del



contesto, cercando di rappresentare tutti coloro che sono afflitti. La popolazione locale generalmente è la prima a reagire alle calamità, quindi è sempre preferibile garantire quanto prima un certo livello di partecipazione. Gli sforzi espliciti nell'ascoltare, consultare e coinvolgere le persone già nelle fasi iniziali aumenterà la qualità e la gestione della comunità negli stadi più avanzati del programma.

2. **I meccanismi di feedback** forniscono un mezzo a tutti coloro che sono vittime di calamità per influenzare la pianificazione e l'implementazione del programma (si veda il parametro di riferimento 'partecipazione' di HAP). Essi includono discussioni di gruppo, indagini, interviste e incontri su 'lezioni apprese' con un campione rappresentativo di tutta la popolazione afflitta (vedere Good Enough Guide della ECB per gli strumenti e le note di orientamento 3-4). I risultati e le azioni di risposta ai feedback dell'agenzia dovrebbero essere sistematicamente condivisi con le popolazioni colpite.
3. **Partecipazione rappresentativa:** comprendere e affrontare gli ostacoli alla partecipazione di soggetti diversi è fondamentale per una partecipazione equilibrata. Occorre adottare diverse misure per garantire che partecipino i membri di tutti i gruppi delle popolazioni colpite – giovani e anziani, uomini e donne. Dovrebbero essere compiuti particolari sforzi per includere le persone inadeguatamente rappresentate, emarginate (per esempio per motivi etnici o religiosi) o 'invisibili' (per esempio coloro che sono costretti a casa o in un istituto). La partecipazione di giovani e bambini dovrebbe essere promossa qualora rientri nei loro interessi e le misure adottate dovrebbero assicurare che essi non siano esposti ad abusi o danni.
4. **Condivisione delle informazioni:** le persone hanno diritto a ricevere informazioni accurate e aggiornate riguardo le azioni intraprese in loro favore. L'accesso alle informazioni può ridurre uno stato di ansia e rappresenta un fondamento essenziale per la presa di responsabilità della comunità e per l'ownership. Le agenzie dovrebbero fornire almeno una descrizione del loro mandato e dei loro progetti, dei diritti di cui gode la popolazione, dove e quando è possibile accedere all'assistenza (si veda HAP allo standard 'condivisione delle informazioni'). I mezzi di condivisione delle informazioni più comuni includono bacheche, incontri pubblici, scuole, giornali e trasmissioni radiofoniche. Le informazioni devono dimostrare una comprensione delle situazioni in cui si trovano le persone e devono poi essere trasmesse nella/e lingua/e locale/i utilizzando una varietà di media adatti in modo da risultare accessibili a tutti i soggetti coinvolti. Per esempio, comunicazioni orali o disegni per i bambini e adulti che non sono in grado di leggere, utilizzo di un linguaggio semplice (comprensibile da bambini locali di 12 anni) e impiego di caratteri grandi quando vengono stampate informazioni da fornire a persone

con problemi alla vista. Organizzare gli incontri in modo tale che le persone anziane o coloro con problemi all'udito possano partecipare.

5. **Spazi sicuri e accessibili:** organizzare i pubblici incontri in aree sicure e assicurare l'accesso a chi ha mobilità ridotta, incluse le donne che a causa di norme culturali subiscono restrizioni alla partecipazione a eventi pubblici. Fornire spazi dedicati ai bambini affinché possano giocare, imparare, socializzare e svilupparsi.
6. **Reclami:** le persone hanno il diritto di sporgere reclamo a un'agenzia e a cercare di ottenere una risposta idonea (vedere HAP allo standard 'gestione dei reclami'). I meccanismi formali di denuncia e risarcimento sono essenziali per la responsabilità dell'organizzazione nei confronti delle persone, per aiutarle a ristabilire il controllo sulla propria vita.
7. **Le pratiche culturalmente appropriate,** come sepolture, cerimonie e le pratiche religiose, rappresentano molto spesso un elemento essenziale dell'identità delle persone, della loro dignità e della loro capacità di recupero dai disastri. Alcune pratiche accettate culturalmente violano i diritti umani (per esempio la negazione dell'educazione alle donne e la mutilazione genitale femminile) e non dovrebbero essere supportate.

## Standard Fondamentale 2: Coordinamento e collaborazione

La risposta umanitaria viene pianificata e implementata in maniera coordinata con le autorità competenti, le agenzie umanitarie e le organizzazioni della società civile impegnate in azioni umanitarie imparziali, che cooperano per garantire la massima efficienza, copertura ed efficacia.

### Azioni Chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Partecipare attivamente e in qualsiasi meccanismo di coordinamento settoriale applicabile sin dall'inizio (si vedano le note di orientamento 1-2).
- ▶ Essere informati sulle responsabilità, gli obiettivi e il ruolo di coordinamento dello Stato e di altri gruppi di coordinamento ove presenti (si veda la nota di orientamento 3).
- ▶ Fornire ai gruppi di coordinamento informazioni riguardanti il mandato dell'agenzia, gli obiettivi e il programma.
- ▶ Condividere tempestivamente le valutazioni con i gruppi di coordinamento pertinenti in un formato che possa essere utilizzato nell'immediato dalle altre agenzie umanitarie (vedere lo Standard Fondamentale 3 a pag. 61).

- ▶ Utilizzare le informazioni sul programma delle altre agenzie umanitarie per improntare le analisi, la selezione dell'area geografica e i piani di intervento.
- ▶ Aggiornare regolarmente i gruppi di coordinamento sui progressi in atto, riportando eventuali gravi ritardi, mancanze delle agenzie o le risorse inutilizzate (si veda la nota di orientamento 4).
- ▶ Collaborare con altre agenzie umanitarie per rafforzare il controllo su situazioni umanitarie critiche di comune interesse.
- ▶ Stabilire politiche e pratiche chiare relative alla collaborazione dell'agenzia con soggetti non umanitari, sulla base di principi e obiettivi umanitari (vedere la nota di orientamento 5).

### Indicatori Chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Le analisi dei bisogni e le informazioni sui piani e sui progressi del programma sono regolarmente sottoposti all'attenzione dei gruppi di coordinamento competenti (vedere la nota di orientamento 4).
- ▶ Le attività umanitarie delle altre agenzie che si trovano nella stessa area geografica o settoriale non sono duplicate.
- ▶ Gli impegni assunti durante gli incontri di coordinamento vengono concretizzati e riportati in maniera tempestiva.
- ▶ L'intervento dell'agenzia tiene conto delle capacità e delle strategie delle altre agenzie umanitarie, delle organizzazioni della società civile e delle autorità competenti.

### Note di orientamento

1. **Risposte coordinate:** un programma adeguato in termini di copertura, di tempistiche e di qualità richiede azioni collettive. La partecipazione attiva agli sforzi di coordinamento permette ai leader del coordinamento di stabilire una puntuale e chiara divisione del lavoro e della responsabilità, di valutare fino a che punto i bisogni sono riconosciuti collettivamente, di ridurre ripetizioni e risolvere le lacune di copertura e qualità. Interventi coordinati, valutazioni puntuali tra le diverse agenzie e una rapida condivisione di informazioni permettono di ridurre il peso che le popolazioni colpite devono sopportare qualora dovessero essere soggette alla richiesta di una stessa informazione da parte di diversi gruppi di valutazione. La collaborazione e, dove possibile, la condivisione di risorse ed equipaggiamenti permette di ottimizzare le capacità delle comunità, dei loro vicini, del governo locale, dei finanziatori e delle agenzie umanitarie con differenti mandati e competenze. La partecipazione nei meccanismi di coordinamento precedenti un disastro permette di instaurare relazioni e rafforza il coordinamento durante la risposta. Le

organizzazioni della società civile locale e le autorità potrebbero non essere coinvolte a livello partecipativo se il meccanismo di coordinamento risulta essere pertinente solamente per le agenzie internazionali. Va rispettato l'utilizzo della/e lingua/e locale/i negli incontri e durante gli altri momenti di condivisione delle informazioni. Identificare i soggetti della società civile locale e i gruppi coinvolti nella risposta e incoraggiarli a partecipare insieme alle altre agenzie umanitarie locali e internazionali. Lo staff che rappresenta le agenzie negli incontri di coordinamento dovrebbe possedere informazioni e competenze appropriate e l'autorità necessaria per contribuire adeguatamente alla pianificazione e al processo decisionale.

2. **I meccanismi di coordinamento comune,** includono incontri – generali (per tutti i programmi), settoriali (come la salute), e intersettoriali (come quelli di genere) – e meccanismi di condivisione delle informazioni (come i database delle valutazioni e le informazioni sulla situazione). Gli incontri che riuniscono diversi settori possono far sì che i bisogni delle persone siano affrontati complessivamente piuttosto che separatamente (per esempio, le strutture abitative, l'acqua, i servizi igienico-sanitari e i bisogni psicosociali delle persone sono tutti correlati). Le informazioni più importanti dovrebbero essere condivise tra i diversi meccanismi di coordinamento per assicurare un coordinamento integrato attraverso tutti i programmi. In ogni situazione di coordinamento l'impegno delle agenzie a partecipare nel corso dell'intervento è influenzato dalla qualità dei meccanismi di coordinamento stessi: i leader del coordinamento sono responsabili di assicurare che gli incontri e le informazioni siano gestite adeguatamente, in maniera efficiente e finalizzate al risultato. Se ciò non accade, le agenzie coinvolte dovrebbero sostenere e supportare meccanismi di miglioramento.
3. **Ruoli di coordinamento:** lo Stato interessato ha il ruolo di coordinare la risposta umanitaria delle organizzazioni. Le agenzie umanitarie hanno un ruolo essenziale da svolgere nel supportare la funzione coordinatrice dello Stato. Tuttavia, in alcune situazioni, possono essere appropriati dei meccanismi di coordinamento alternativi se, per esempio, le autorità statali sono direttamente responsabili di abusi o violazioni oppure se il loro ruolo non è imparziale o se lo Stato si dimostra volenteroso nello svolgere il suo ruolo di coordinamento ma non ne possiede la capacità. In tali circostanze gli incontri di coordinamento possono essere svolti separatamente o congiuntamente dalle autorità locali con le Nazioni Unite o le ONG. Attualmente molte delle emergenze umanitarie su larga scala sono tendenzialmente coordinate attraverso un 'approccio di tipo cluster' tramite gruppi di agenzie che operano nello stesso settore sotto la direzione di un'organizzazione leader.
4. **La condivisione efficiente dei dati** sarà tanto maggiore quanto più l'informazione fornita è facilmente condivisibile (chiara, pertinente e breve) e



seguirà i protocolli umanitari locali che sono tecnicamente compatibili con i dati delle altre agenzie (si veda lo Standard Fondamentale 3, pag. 61). La frequenza esatta per la condivisione dei dati è determinata dall'agenzia e dal contesto, ma dovrebbe essere fatta in maniera tempestiva e pertinente. Le informazioni sensibili dovrebbero rimanere riservate (vedere gli Standard Fondamentali 3 e 4, pag. 61-65).

**5. Settore militare e privato:** il settore privato e quello militare, sia nazionali sia esteri, sono sempre più coinvolti nelle operazioni di soccorso e di conseguenza influenzano gli sforzi di coordinamento. In particolare, il settore militare possiede specifiche competenze e risorse, tra cui la sicurezza, la logistica, i trasporti e la comunicazione. Tuttavia, le loro attività rischiano di offuscare l'importante distinzione tra obiettivi umanitari e programmi militari o politici, rischiando di creare in futuro problemi di sicurezza. Qualsiasi associazione che abbia a che fare con il settore militare dovrebbe essere al servizio e sotto il patrocinio di agenzie umanitarie secondo le linee guida approvate. Alcune agenzie manterranno un minimo di dialogo per assicurare l'efficienza delle operazioni (per esempio un programma base di condivisione delle informazioni) mentre altre potranno stabilire legami più forti (per esempio l'utilizzo degli strumenti militari). In ogni caso, le agenzie umanitarie devono rimanere largamente distinte dalla milizia in modo da evitare che sia fatto qualsiasi collegamento reale o percepito con scopi politici o militari, che potrebbero compromettere l'indipendenza, la credibilità e la sicurezza delle agenzie o l'accesso alle popolazioni colpite. Il settore privato può portare efficienza nell'ambito commerciale, competenze complementari e risorse per le agenzie umanitarie. La condivisione delle informazioni è richiesta per evitare la duplicazione e per promuovere buone pratiche umanitarie. Le collaborazioni private a scopo umanitario devono necessariamente avvantaggiare gli obiettivi umanitari.

### Standard fondamentale 3: Valutazione

I bisogni primari delle popolazioni colpite dai disastri sono identificati attraverso una valutazione sistematica del contesto, dei rischi per una vita dignitosa e della capacità delle persone colpite e delle autorità competenti a reagire.

#### Azioni Chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- Trovare e utilizzare le informazioni disponibili sulla situazione prima del disastro sulla capacità umanitaria locale, sulla popolazione colpita e quella

totale, sul contesto e sugli altri fattori preesistenti che possono incrementare la vulnerabilità delle persone al disastro (si veda la nota di orientamento 1).

- Effettuare una prima valutazione nell'immediato che si basi sulle informazioni riguardanti la situazione precedente al disastro in modo tale da poter valutare i cambiamenti contestuali dovuti al disastro stesso, individuando qualsiasi nuovo fattore che possa determinare o accrescere la vulnerabilità (si veda la nota di orientamento 2).
- Effettuare una rapida valutazione il prima possibile, facendo seguire una valutazione approfondita quando il tempo e la situazione lo permettono (vedere la nota di orientamento 3).
- Disaggregare i dati sulla popolazione almeno per sesso ed età (si veda la nota di orientamento 4).
- Durante la valutazione coinvolgere un insieme inclusivo di persone – donne e uomini di tutte le età, ragazze, ragazzi e tutte le altre persone vulnerabili colpite dal disastro, così come la popolazione totale in generale (vedere Standard Fondamentale 1, pagina 55 e le note di orientamento 5-6).
- Partecipare a valutazioni multisetoriali, collettive e trasversali tra agenzie, ove possibile.
- Raccogliere informazioni sistematicamente, utilizzando modi diversi, incrociare le informazioni ottenute da diverse fonti e agenzie e documentare i dati raccolti (si veda la nota di orientamento 7).
- Valutare le capacità, le competenze, le risorse e le strategie di ripresa delle persone colpite (si veda la nota di orientamento 8).
- Valutare quali siano i piani di ripresa e le capacità dello Stato.
- Valutare l'impatto del disastro sul benessere psicosociale degli individui e della comunità.
- Valutare quali possano essere i rischi concreti e potenziali per la sicurezza della popolazione colpita dal disastro e degli operatori umanitari, includendo il potenziale rischio della risposta all'emergenza di aggravare un conflitto o di creare tensioni tra persone colpite e popolazione ospitante (vedere la nota di orientamento 9).
- Condividere le valutazioni tempestivamente e in un formato che possa essere accessibile ad altre agenzie umanitarie (vedere lo Standard Fondamentale 2 a pagina 58 e la nota di orientamento 10).



## Azioni Chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ I bisogni valutati sono stati esplicitamente connessi alle capacità di ripresa delle persone colpite e dello Stato.
- ▶ I report di valutazione rapidi e approfonditi contengono punti di vista rappresentativi di tutte le persone colpite, includendo i membri dei gruppi vulnerabili e quelli delle popolazioni circostanti.
- ▶ I report di valutazione contengono dati disaggregati almeno per sesso ed età.
- ▶ I report di valutazione approfonditi contengono informazioni e analisi delle vulnerabilità, del contesto e delle capacità.
- ▶ Appena i format degli assessment sono accordati e approvati interamente, devono essere utilizzati.
- ▶ Le valutazioni istantanee devono essere seguite da valutazioni più approfondite delle popolazioni selezionate per l'intervento.

## Note di orientamento

1. **Informazioni precedenti il disastro:** un insieme generale di informazioni disponibili risulta preziosissimo per una valutazione rapida e iniziale. Quasi sempre è disponibile una notevole quantità di informazioni riguardanti il contesto (per esempio informazioni politiche, sociali, economiche, sulla sicurezza, sui conflitti e sull'ambiente naturale) e le persone (informazioni sul sesso, sull'età, sulla sanità, sulla cultura, sulla spiritualità e sull'educazione). Tra le fonti da cui reperire queste informazioni sono inclusi i ministeri competenti dello Stato (per esempio i dati sulla sanità e sul censimento), istituzioni accademiche o di ricerca, organizzazioni comunitarie e agenzie umanitarie locali o internazionali presenti prima del disastro. Azioni di prevenzione al disastro e iniziative di allerta tempestiva, nuovi sviluppi nella condivisione del web mapping e piattaforme di crowd-sourcing e di telefonia mobile (come Ushahidi) hanno generato banche dati di informazioni importanti.
2. **Valutazioni iniziali,** generalmente effettuate nelle prime ore successive a un disastro, possono essere basate quasi interamente su informazioni precedenti e dati preesistenti. Questi sono essenziali per rispondere agli immediati bisogni di assistenza e andrebbero effettuati e condivisi immediatamente.
3. **Valutazioni programmate:** la valutazione è un processo, non un singolo evento. Una valutazione iniziale e rapida fornisce le basi per una successiva ed approfondita, la quale a sua volta approfondisce (ma non ripete) i risultati ottenuti da quella precedente. Si deve prestare attenzione in quanto valutazioni ripetute di questioni sensibili di protezione, come le violenze per motivi

di genere, possono diventare più dannose che benefiche per le comunità e gli individui.

4. **Disaggregazione dei dati:** una disaggregazione dettagliata raramente è possibile nei momenti iniziali ma è di importanza fondamentale per identificare i differenti bisogni e diritti dei bambini e degli adulti di tutte le età. Bisogna procedere il prima possibile con un'ulteriore disaggregazione per età e sesso dei bambini per fasce da 0-5 maschi/femmine, 6-12 maschi/femmine e 13-17 maschi/femmine, e poi in gruppi di 10 anni in 10 anni, per esempio 50-59 maschi/femmine; 60-69 maschi/femmine; 70-79 maschi/femmine; 80+ maschi/femmine. Diversamente dai raggruppamenti fatti per motivi fisiologici nel capitolo sulla salute, i raggruppamenti per età rispondono a diversi bisogni per distinguere i diversi diritti a cui corrispondono e le varie questioni sociali e culturali che li coinvolgono.
5. **Valutazioni rappresentative:** le valutazioni basate sulla necessità riguardano tutte le popolazioni colpite dai disastri. Gli sforzi maggiori sono necessari per fare valutazioni su persone che vivono in località difficili da raggiungere, per esempio le persone che non vivono in accampamenti in aree geografiche poco accessibili, oppure ospitate da altre famiglie. Lo stesso vale per le persone ancora più difficilmente raggiungibili e costantemente esposte a rischi, come persone con disabilità, gli anziani, individui costretti a stare in casa, bambini e giovani che possono essere reclutati come soldati o sottoposti a violenze di genere. Le fonti per le informazioni primarie includono l'osservazione diretta, incontri di gruppo, sondaggi e discussioni a cui partecipano il maggior numero possibile di persone e gruppi (per esempio le autorità locali, i leader della comunità maschile e femminile, donne e uomini anziani, il personale sanitario, insegnanti ed altro personale educativo, commercianti e altre agenzie umanitarie). Per alcune persone parlare apertamente può risultare difficile o pericoloso. Occorre quindi dialogare con i bambini separatamente qualora non vogliano parlare di fronte agli adulti o ciò possa esporli a rischio. Nella maggioranza dei casi le donne e le bambine dovrebbero essere consultate in ambienti distinti. Gli operatori umanitari coinvolti nella raccolta sistematica delle informazioni da persone che sono state vittime di abusi o di violenze devono avere le competenze necessarie e i sistemi per farlo in modo sicuro e appropriato. Nelle aree di conflitto la raccolta delle informazioni può essere usata in modo improprio, esporre le persone a ulteriori rischi e compromettere la capacità di operare da parte di un'agenzia. Le informazioni reperite possono essere condivise con altre agenzie umanitarie o con altre organizzazioni pertinenti solamente sotto consenso degli individui (vedere Principio di Protezione 1, pag. 33). Non sarà possibile fare una valutazione iniziale su tutte le persone colpite: le zone escluse o i gruppi devono essere segnalati esplicitamente nella relazione di valutazione e rinviati al più presto.



- 6. Valutare la vulnerabilità:** i rischi a cui sono esposte le persone a seguito di un disastro differiscono per ogni gruppo e per ogni individuo. Alcune persone possono essere vulnerabili per fattori individuali come la loro età (specialmente quando sono molto giovani o molto vecchi) e le malattie (in particolare le persone affette da virus HIV e AIDS). Tuttavia, i singoli fattori presi da soli non aumentano il rischio. Vanno quindi valutati tutti quei fattori sociali e contestuali che contribuiscono alla vulnerabilità come la discriminazione e l'emarginazione (per esempio lo scarso potere e il basso status di donne e bambine); l'isolamento sociale; il degrado ambientale; i cambiamenti climatici; la povertà; la mancanza dei possedimenti terrieri; il cattivo governo; l'etnia; la classe o la casta; le affiliazioni religiose o politiche. Le valutazioni successive più approfondite devono individuare i potenziali rischi futuri, come il cambiamento del rischio dovuto per esempio al degrado ambientale (per esempio l'erosione del suolo o la deforestazione) e al cambiamento climatico e alla geologia (per esempio i cicloni, le inondazioni, la siccità, le frane o l'innalzamento del livello del mare).
- 7. Raccolta dati e liste di controllo:** la valutazione delle informazioni comprendenti i movimenti e i numeri della popolazione deve essere un controllo incrociato, convalidato e riferito a più fonti possibili. Se inizialmente non risulta possibile fare una valutazione multisettoriale, bisogna prestare particolare attenzione alle connessioni con altri singoli settori, alla protezione e alle valutazioni trasversali. Devono essere riportati le fonti dei dati e i livelli di disaggregazione mentre i tassi di mortalità e di morbilità dei bambini sotto i 5 anni sono da documentarsi dal principio. Esistono diversi tipi di liste di controllo per la valutazione che fanno riferimento agli standard umanitari condivisi (vedere l'elenco in appendice di alcuni capitoli tecnici). Le liste di controllo migliorano la coerenza e l'accessibilità dei dati ad altre agenzie, assicurano che tutte le aree chiave sono state esaminate e riducono i pregiudizi a livello organizzativo o individuale. Prima dell'accadimento di un disastro e concordato durante la risposta, potrebbe essere sviluppato un formato di valutazione comune a diverse agenzie. In ogni caso, le valutazioni devono chiarire gli obiettivi e la metodologia da seguire, e generare informazioni imparziali riguardo l'impatto che la crisi ha sulle vittime. Bisognerebbe utilizzare una combinazione di metodi qualitativi e quantitativi che sia appropriata al contesto. Le squadre di valutazione dovrebbero essere composte, per quanto possibile, sia da uomini sia da donne, specialisti e non, inclusi coloro che presentano particolari capacità nella raccolta di dati sensibili sulle tematiche di genere e che sono particolarmente in grado di comunicare con i bambini. La squadra dovrebbe comprendere persone che hanno familiarità con la/e lingua/e e con il luogo, e abili nel comunicare con persone in modo culturalmente accettabile.

- 8. Valutazione delle capacità:** le comunità hanno le capacità di affrontare le difficoltà e reagire (vedere Standard Fondamentale 1, pagina 55). Molti meccanismi di reazione sono sostenibili e di aiuto, mentre altri possono risultare negativi e a lungo termine risultare nocivi, come la vendita di attività o un pesante consumo di alcol. Le valutazioni devono perciò identificare le strategie positive che aumentano la capacità di recupero e le ragioni per cui una strategia si rivela negativa.
- 9. Valutazione della sicurezza:** una valutazione della sicurezza della popolazione colpita dal disastro e della popolazione ospitante dovrebbe essere realizzata in tutte le valutazioni iniziali e successive, identificando le minacce di violenza e di ogni forma di costrizione o negazione di sussistenza o di diritti umani di base (vedere Principi di Protezione 3, pagina 38).
- 10. Condivisione delle valutazioni:** i report di valutazione forniscono informazioni preziose alle altre agenzie umanitarie, creano dati fondamentali per le linee guida e aumentano la trasparenza delle decisioni della risposta. Nonostante i differenti progetti delle agenzie, i report devono essere chiari e concisi, devono permettere agli utenti di poter identificare le priorità per agire e descrivere la loro metodologia per dimostrare l'attendibilità dei dati e consentire un'analisi comparata, se necessario.

#### Standard Fondamentale 4: Progettazione e risposta

La risposta umanitaria soddisfa le necessità delle popolazioni colpite dal disastro relative al contesto, al rischio affrontato e alla capacità della popolazione e dello Stato di farvi fronte.

#### Azioni Chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

1. Progettare un programma basato su una valutazione imparziale dei bisogno, del contesto, del rischio affrontato e della capacità della popolazione colpita (vedere Standard Fondamentale 3, pagina 61).
2. Progettare un programma che soddisfi le necessità che non possono o non potranno essere garantite dallo Stato o dalla popolazione colpita (vedere la nota di orientamento 1).
3. Dare priorità alle azioni di salvataggio che affrontano le necessità urgenti di sopravvivenza subito dopo un disastro.

4. Utilizzare i dati disaggregati di valutazione, analizzare i modi in cui il disastro ha colpito individui e popolazioni diverse e pianificare un programma che soddisfi le loro particolari necessità.
  5. Programmare una risposta che consenta alle categorie vulnerabili di avere pieno accesso ai servizi di protezione e assistenza (vedere la nota di orientamento 2).
  6. Assicurarsi che l'approccio e la progettazione del programma supportino tutti gli aspetti della dignità degli individui e delle popolazioni colpite (vedere Standard Fondamentale 1 a pagina 55 e la nota di orientamento 2).
  7. Analizzare tutti i fattori contestuali che aumentano la vulnerabilità della popolazione e progettare un programma che la riduca progressivamente (vedere Standard Fondamentale 3 a pagina 61 e la nota di orientamento 4).
  8. Progettare un programma che minimizzi il rischio di mettere in pericolo le persone, che declini le dinamiche di conflitto, l'insicurezza, lo sfruttamento e l'abuso (vedere la nota di orientamento 5 e il Principio di Protezione 1 a pagina 33).
  9. Ridurre progressivamente il divario tra le condizioni accertate e gli standard minimi di Sphere (vedere la nota di orientamento 6).
  10. Pianificare un programma che promuova un rapido recupero, riduca i rischi, accresca la capacità della popolazione colpita di prevenire, minimizzare o far meglio fronte agli effetti di rischi futuri (vedere la nota orientamento 7). Adattare costantemente il programma affinché resti pertinente e adeguato (vedere Standard Fondamentale 5 a pagina 68)
- ▶ Promuovere un recupero sostenuto, pianificando e comunicando le strategie di uscita alla popolazione colpita durante la fase iniziale di applicazione del programma.

#### Azioni Chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ La progettazione di programma è basata sulle analisi delle necessità specifiche e dei rischi affrontati dai differenti gruppi di persone.
- ▶ La progettazione di programma si dedica a colmare il divario tra le necessità della popolazione e le loro capacità o quelle dello Stato di farvi fronte.
- ▶ Le progettazioni di programma sono riviste al fine di riflettere i cambiamenti di contesto, di rischio e necessità, e delle capacità delle persone.
- ▶ La progettazione di programma comprende azioni volte a ridurre la vulnerabilità delle persone ai rischi futuri e migliorare le loro capacità di gestire e superare gli stessi.

#### Note di orientamento

1. **Supporto delle capacità esistenti:** il ruolo e le responsabilità primarie dello Stato sono di fornire assistenza e protezione tempestiva alle persone colpite (vedere la Carta Umanitaria, paragrafo 2, pagina 20). Intervenire se la popolazione colpita e/o lo Stato non hanno sufficiente capacità di risposta (specialmente nelle prime fasi) oppure se lo Stato o le autorità di controllo discriminano certi gruppi di persone o aree colpite. In ogni caso la capacità e le intenzioni dello Stato riguardo tutti i membri della popolazione colpita informano sulla portata e sul tipo di risposta umanitaria.
2. **Accesso:** l'assistenza è fornita a chi la necessita, senza discriminazioni (vedere principio di protezione 2, pagina 36). L'accesso delle persone ai soccorsi e la loro capacità di beneficiarne sono incrementati da informazioni tempestive e attraverso progetti che corrispondono alle particolari necessità culturali e di sicurezza (per esempio, file riservate a persone anziane e donne con bambini durante la distribuzione del cibo). È inoltre rafforzato attraverso la partecipazione al progetto da parte di donne, uomini, ragazze e ragazzi di tutte l'età. L'accesso aumenta anche attraverso l'attento uso dei criteri di valutazione degli obiettivi che vengono largamente diffusi e compresi dalla comunità, e monitorarsi sistematicamente. Le azioni descritte nei capitoli tecnici facilitano l'eguale accesso attraverso una pianificazione ponderata, come l'ubicazione delle strutture in aree sicure, e così via.
3. **Il fondamento di una vita dignitosa** è la garanzia per l'accesso ai servizi base, alla sicurezza e al rispetto dei diritti umani (vedere Carta Umanitaria, pagina 19). Analogamente, il modo in cui la risposta umanitaria è attuata influenza fortemente la dignità e il benessere delle popolazioni colpite da disastro. Gli approcci che rispettano l'intrinseco valore di ogni individuo, supportano le loro identità culturali e religiose, promuovono l'autonomia della comunità locale e incoraggiano reti di supporto sociale contribuiscono al benessere psicosociale e sono tutti elementi essenziali del diritto ad una vita dignitosa.
4. **Contesto e vulnerabilità:** conflitti sociali, politici, culturali ed economici e fattori dell'ambiente naturale possono incrementare la vulnerabilità della popolazione ai disastri; cambiamenti nel contesto possono determinare nuove persone vulnerabili (vedere Standard Fondamentale a pagina 61). Le persone vulnerabili potrebbero dover fronteggiare simultaneamente più fattori (per esempio, persone anziane appartenenti a gruppi etnici emarginati). Dovrebbe essere analizzata l'interazione tra fattori personali e contestuali che accrescono i rischi, e i programmi dovrebbero essere destinati alla riduzione o mitigazione degli stessi e a soddisfare i bisogni delle persone vulnerabili.



- 5. Sensibilità al conflitto:** l'assistenza umanitaria può avere un impatto negativo indesiderato. Le preziose risorse per implementare azioni di soccorso possono generare sfruttamento e abuso e portare alla competizione, all'utilizzo improprio e indebito dell'aiuto stesso. La carestia può essere un'arma di guerra (per esempio, spopolare volutamente un'area o forzare i trasferimenti di attività). L'assistenza può influenzare negativamente la popolazione e amplificare relazioni di potere diseguale tra i differenti gruppi, inclusi uomini e donne. Un'attenta analisi e progettazione possono ridurre il potenziale negativo da parte dell'assistenza di alimentare il conflitto e l'insicurezza (incluso il caso di disastri naturali). Progettare per garantire un'equa distribuzione equa e imparziale degli obiettivi specifici dell'assistenza. Proteggere la sicurezza e la dignità delle persone, rispettando le informazioni sensibili. Per esempio, le persone affette da HIV e AIDS potrebbero essere stigmatizzate; ai sopravvissuti dalle violazioni dei diritti umani deve essere garantita la sicurezza ed un'assistenza riservata. (Vedere Standard Fondamentali, pagina 61).
- 6. Soddisfare gli standard minimi Sphere:** il tempo necessario per raggiungere gli standard minimi dipende dal contesto: dipenderà dalle risorse, dall'accesso, dall'insicurezza e dagli standard di vita della zona prima del disastro. Le tensioni potrebbero crearsi se la popolazione colpita raggiungesse standard che superano quelli della popolazione ospitante o dell'intera popolazione, o se peggiorano le loro condizioni. Sviluppare strategie per minimizzare le disparità e i rischi, attraverso, per esempio, mitigare gli effetti negativi della risposta umanitaria sull'ambiente e sull'economia e sostenere l'incremento degli standard della popolazione ospitante. Dove e quando possibile, ampliare il campo di applicazione della risposta per includere la popolazione ospitante.
- 7. Primo soccorso e riduzione del rischio:** le prime azioni intraprese per rafforzare la capacità locale, lavorare con risorse locali e ripristinare i servizi, l'istruzione, i mercati e le opportunità di sostentamento incentiveranno una prima ripresa economica e la capacità delle persone di gestire il rischio al termine dell'assistenza esterna (si veda Standard Fondamentale 1, pagina 55). La risposta umanitaria non dovrebbe danneggiare o compromettere la qualità della vita per le generazioni future e contribuire a creare rischi successivi (attraverso, per esempio, la deforestazione o un uso non sostenibile delle risorse naturali). Non appena le minacce immediate sono stabilizzate, analizzare i presenti e i potenziali rischi futuri (come quelli generati dal cambiamento climatico). Progettare, al fine di ridurre i rischi futuri. Per esempio, sfruttare le opportunità nel corso della risposta per investire nella riduzione del rischio e per costruire in modo più sicuro. Gli esempi includono la costruzione di case antisismiche e resistenti agli uragani, la protezione di zone umide che assorbono mareggiate e il supporto dello sviluppo di politiche e iniziative guidate dalla comunità a livello locale nella fase iniziale di allerta e di disastro.

### Standard Fondamentale 5: performance, trasparenza e apprendimento.

Le prestazioni delle agenzie umanitarie sono costantemente monitorate e comunicate alle parti interessate; i progetti sono adattati alle prestazioni.

#### Azioni Chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Stabilire meccanismi sistematici, semplici, tempestivi e partecipativi per monitorare i progressi pertinenti agli standard Sphere e ai principi, ai risultati e alle attività del programma (vedere la nota di orientamento 1).
- ▶ Stabilire meccanismi di base per monitorare complessivamente le prestazioni dell'agenzia riguardo alla gestione e ai sistemi di controllo di qualità (vedere la nota di orientamento 2).
- ▶ Monitorare i risultati e, ove possibile, l'impatto iniziale della risposta umanitaria sulla popolazione colpita e sulla popolazione in generale (vedere la nota di orientamento 3).
- ▶ Istituire un meccanismo sistematico per adattare le strategie del programma ai dati monitorati, ai mutevoli bisogni e all'evolversi del contesto (vedere la nota di orientamento 4).
- ▶ Condurre periodici esercizi di apprendimento e riflessione durante l'attuazione della risposta.
- ▶ Portare a termine una valutazione finale o altre forme di revisioni oggettive del programma in riferimento agli obiettivi, ai principi e agli standard minimi stabiliti (vedere la nota di orientamento 5).
- ▶ Se possibile, partecipare a forme di apprendimento congiunte e fra le agenzie e ad altre forme di iniziative di apprendimento collaborative.
- ▶ Se possibile, condividere puntualmente i risultati del monitoraggio, della valutazione e degli altri processi chiave per l'apprendimento con la popolazione colpita, le autorità e i gruppi di coordinamento (vedere la nota di orientamento 6).

#### Azioni Chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ I programmi sono adattati in base alle informazioni ottenute e al monitoraggio.



- ▶ Le fonti dei dati per il monitoraggio e la valutazione includono i punti di vista di un numero rappresentativo delle persone direttamente coinvolte dalla risposta, nonché della comunità ospitante.
- ▶ Informazioni accurate, aggiornate e pubbliche sui progressi sono condivise costantemente con le persone coinvolte nella risposta, insieme alle autorità locali competenti e alle altre agenzie umanitarie.
- ▶ Le prestazioni sono monitorate regolarmente in relazione a tutti gli Standard Fondamentali e gli standard tecnici minimi rilevanti (e ai relativi standard di performance dell'agenzia stessa o quelli globali) e i risultati sono condivisi con le parti interessate (vedere la nota di orientamento 6).
- ▶ Le agenzie conducono costantemente valutazioni oggettive o revisioni istruttive in relazione a una grande risposta umanitaria in conformità a standard riconosciuti di metodi di valutazione (vedere nota di orientamento 6).

### Note di orientamento

1. **Il monitoraggio** confronta le intenzioni con i risultati. Misura il progresso rispetto agli obiettivi e agli indicatori del progetto e l'impatto sulla vulnerabilità e sul contesto. I dati del monitoraggio guidano le revisioni del progetto, verificano i criteri di valutazione degli obiettivi e valutano se gli aiuti stanno raggiungendo le persone indicate. Consente ai centri decisionali di rispondere al feedback della comunità e di identificare i problemi e le tendenze emergenti. Rappresenta inoltre un'opportunità per le agenzie di fornire e raccogliere informazioni. L'effettivo monitoraggio seleziona metodi adatti al programma e alla situazione, combinando dati qualitativi e quantitativi in modo appropriato e mantenendo una consistente documentazione scritta. Apertura e comunicazione (trasparenza) riguardo le informazioni monitorate aumentano il recupero della popolazione colpita. Il monitoraggio intrapreso dalla stessa popolazione rafforza ulteriormente la trasparenza e la qualità delle informazioni, oltre che l'ownership delle informazioni stesse. La chiarezza sugli utilizzi e gli utenti prefissati dei dati dovrebbe determinare cosa è raccolto e come è presentato. I dati dovrebbero essere presentati in un formato conciso e accessibile, che faciliti la condivisione e l'attività decisionale.
2. **La performance dell'agenzia** non è limitata solo alla valutazione dei risultati raggiunti. Essa riguarda l'intera funzione dell'agenzia: i suoi progressi rispetto ad aspetti come le relazioni con altre organizzazioni, l'adesione a pratiche umanitarie positive, ai codici e ai principi umanitari e l'efficacia e l'efficienza del suo sistema gestionale. Approcci che garantiscono la qualità, come il Gruppo URD Quality Compass, possono essere utilizzati per valutare l'intera performance dell'agenzia.

3. **Monitoraggio dell'impatto:** sempre più la valutazione dell'impatto (gli effetti degli interventi nel breve e nel medio periodo, positivi o negativi, previsti o non previsti) è considerata sia essenziale che fattibile in rapporto alla risposta umanitaria. La valutazione dell'impatto è un importante settore emergente, che collega i particolari contributi umanitari ai cambiamenti della popolazione e del contesto, che sono complessi ed interconnessi. Le popolazioni colpite sono i migliori giudici dei cambiamenti nelle loro vite; quindi la valutazione dell'impatto e dei risultati deve tenere conto dei loro feedback, di un ascolto illimitato e di altri approcci partecipativi e qualitativi in aggiunta a quelli quantitativi.
4. **Mantenere la rilevanza:** il monitoraggio dovrebbe periodicamente verificare se il programma continua ad avere un'importanza rilevante per la popolazione colpita. I risultati dovrebbero portare a una revisione appropriata del programma.
5. **Metodi di valutazione delle prestazioni:** approcci differenti si adattano a differenti prestazioni, apprendimenti e obiettivi di recupero. Può essere utilizzata una varietà di metodi, tra cui monitoraggio e valutazione, assessment dell'impatto partecipativo, esercizi d'ascolto, strumenti di garanzia di qualità, verifiche ed esercizi interni di apprendimento e riflessioni. Le valutazioni del programma si verificano generalmente al termine della risposta umanitaria e raccomandano cambiamenti alle politiche organizzative e ai programmi futuri. Il monitoraggio della performance e la valutazione in tempo reale possono anche essere effettuati nel corso della risposta umanitaria, portando quindi cambiamenti immediati nella politica e nella pratica. Le valutazioni sono generalmente condotte da valutatori indipendenti ed esterni, ma lo staff interno può effettuare le valutazioni fin quanto riesce a mantenere un approccio imparziale. Ciò dovrebbe normalmente riguardare membri dell'agenzia non coinvolti direttamente nella risposta. La valutazione umanitaria si avvale generalmente di un insieme di otto criteri conosciuti come DAC (Development Assistance Committee): rilevanza; appropriatezza; connessione; coerenza; copertura; efficienza; efficacia; impatto.
6. **Performance del settore umanitario:** la condivisione di informazioni riguardo i progressi di ogni agenzia verso gli standard minimi di Sphere tramite gruppi di coordinamento favorisce il monitoraggio dell'intera risposta e crea una preziosa fonte di dati di performance settoriale.



### Standard Fondamentale 6: performance del personale umanitario

Le agenzie umanitarie forniscono una gestione appropriata, un supporto psicosociale e di vigilanza che abilita gli operatori umanitari ad avere le conoscenze, le abilità, il comportamento e le attitudini per pianificare ed eseguire una risposta efficace con umanità e rispetto.

#### Azioni Chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Fornire manager con adeguate capacità di gestione, adeguata formazione e familiarità con le politiche chiave e con risorse per una gestione efficace (si veda la nota di orientamento 1).
- ▶ Stabilire procedure di reclutamento metodiche, giuste e trasparenti per ottenere il maggior numero di candidati possibile (vedere la nota di orientamento 2).
- ▶ Formare i team bilanciando sesso, etnia, età e background sociale, in modo che la eterogeneità degli stessi risulti appropriata alla cultura e al contesto locale.
- ▶ Fornire agli operatori umanitari (personale, volontari e consulenti nazionali o internazionali) adeguate e puntuali presentazioni, briefing, organigrammi precisi e descrizioni aggiornate del lavoro in modo che comprendano le loro responsabilità, gli obiettivi del lavoro, i valori dell'organizzazione, le politiche chiave e il contesto locale.
- ▶ Stabilire le linee guida per la sicurezza e l'evacuazione, le politiche sanitarie e di sicurezza, e utilizzarle per informare gli operatori umanitari prima che inizino a lavorare per l'agenzia.
- ▶ Assicurarsi che gli operatori umanitari abbiano accesso all'assistenza sanitaria e al supporto psicosociale.
- ▶ Stabilire codici di condotta personale per gli operatori umanitari che proteggano le persone colpite da disastro da abusi sessuali, corruzione, sfruttamento e altre violazioni dei loro diritti umani. Condividere i codici con le popolazioni colpite da disastro (si veda la nota di orientamento 3).
- ▶ Promuovere la cultura del rispetto riguardo le popolazioni colpite da disastro (vedere la nota di orientamento 4).

- ▶ Stabilire procedure di reclamo e adottare misure disciplinari appropriate nei riguardi degli operatori umanitari in seguito a violazioni accertate del codice di condotta dell'agenzia.
- ▶ Effettuare valutazioni regolari del personale e dei volontari e fornire feedback sulle prestazioni riguardo gli obiettivi del lavoro, le conoscenze, le capacità, i comportamenti.
- ▶ Supportare gli operatori umanitari nella gestione del carico di lavoro e minimizzare lo stress (vedere la nota di orientamento 5).
- ▶ Rendere possibile al personale e ai manager l'identificazione congiunta di opportunità per un continuo apprendimento e sviluppo (vedere la nota di orientamento 6).
- ▶ Fornire un supporto appropriato agli operatori umanitari che hanno avuto esperienze o testimonianze di eventi dolorosi o angoscianti.

#### Azioni Chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ L'analisi delle prestazioni del personale e dei volontari denota un adeguato livello di competenza in relazione alla loro conoscenza, abilità, attitudine comportamentale e responsabilità connesse alle loro mansioni.
- ▶ Gli operatori umanitari che infrangono i codici di condotta attraverso comportamenti proibiti, abusi, corruzione, sono sottoposti a provvedimenti disciplinari.
- ▶ I principi, o simili, del People in Aid Code of Good Practice, si riflettono nella politica e nelle pratiche dell'agenzia.
- ▶ L'incidenza della malattia, di infortuni e delle altre questioni di salute legate allo stress degli operatori umanitari rimane stabile o decresce durante il corso della risposta al disastro.

#### Note di orientamento

1. **Gestione della buona condotta:** i sistemi di amministrazione del personale dipendono dall'agenzia e dal contesto, ma i manager e i supervisori dovrebbero conoscere il People in Aid Code of Good Practice che include le politiche e le linee guida per la pianificazione, il reclutamento, la gestione, l'apprendimento e lo sviluppo, la transizione alla fine del contratto e, per le agenzie internazionali, la mobilitazione.
2. **Procedure di reclutamento:** dovrebbero essere aperte e comprensibili per tutto il personale e per i candidati. Tale trasparenza include lo sviluppo e la condivisione delle mansioni di ogni carica ed è essenziale per stabilire team competenti e validi. I team esistenti possono incrementare la loro idoneità e



varietà attraverso il reclutamento, se richiesto. Un rapido incremento dello staff potrebbe portare al reclutamento di operatori senza esperienza che dovrebbero essere affiancati da soggetti competenti.

3. **Il controllo degli operatori umanitari** sulla gestione e sulla distribuzione di risorse preziose li pone in una posizione di potere rispetto alle popolazioni colpite dal disastro. Tale potere sulle persone che dipendono dall'assistenza e le cui reti sociali sono state distrutte o alterate può condurre alla corruzione o alla violenza. Donne, bambini e soggetti con disabilità si trovano spesso in situazioni di violenza sessuale. Non possono mai essere richieste attività sessuali in cambio dell'assistenza e dalla protezione umanitaria. Nessun individuo associato alla risposta umanitaria (operatori umanitari e militari, personale statale o privato) dovrebbe prender parte ad abusi, corruzione o sfruttamento sessuale. Sono anche proibiti il lavoro forzato sia di adulti sia di bambini, il consumo di droghe illegali, e il commercio di beni e servizi umanitari.
4. **Gli operatori umanitari**, dovrebbero rispettare i valori e la dignità della popolazione colpita dal disastro, ed evitare comportamenti (come indossare abiti inappropriati) che sono per essi culturalmente inaccettabili.
5. **Gli operatori umanitari** lavorano spesso molte ore in condizioni rischiose e stancanti. Il dovere da parte di una agenzia di salvaguardare i propri agenti include azioni per promuovere il loro benessere e per evitare il loro sfinimento, infortunio o malattia. I manager devono rendere gli operatori umanitari consapevoli dei rischi e proteggerli dall'esposizione a minacce non necessarie verso il loro stato psicofisico, attraverso per esempio una gestione efficace della sicurezza, adeguato riposo e recupero, supporto attivo e accesso al supporto psicologico. I manager possono promuovere il diritto di protezione attraverso le buone condotte. Gli operatori umanitari inoltre devono assumersi le proprie responsabilità per quanto riguarda il loro benessere.
6. **Nella fase iniziale del disastro**, lo sviluppo delle capacità dello staff potrebbe essere limitato. Con il tempo, attraverso la revisione delle prestazioni e i feedback dello staff, i manager dovrebbero identificare e supportare le aree di apprendimento e di sviluppo. La preparazione ai disastri fornisce opportunità per identificare e sviluppare competenze umanitarie.
7. **Primo soccorso psicologico** dovrebbe essere immediatamente disponibile per i lavoratori che hanno avuto esperienze o sono stati testimoni di eventi estremamente stressanti (vedere Servizi sanitari essenziali – Standard salute mentale a pagina 333 e Riferimenti e ulteriori letture). Lo strumento dell'interrogatorio non è efficace e non dovrebbe essere utilizzato.

## Riferimenti e ulteriori letture

### Fonti

#### Risposta umanitaria incentrata sulle persone

Emergency Capacity Building (ECB) Project (2007), Impact Measurement and Accountability in Emergencies: The Good Enough Guide. Oxfam Publishing. Oxford. [www.oxfam.org.uk/publications](http://www.oxfam.org.uk/publications)

Human Accountability Partnership (HAP) International (forthcoming), Standard in Accountability and Quality Management. Geneva.

[www.hapinternational.org/projects/standard/hap\\_2010\\_standard.aspx](http://www.hapinternational.org/projects/standard/hap_2010_standard.aspx)

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva.

#### Coordinamento e collaborazione

Global Humanitarian Platform (2007), Global Humanitarian Principles of Partnership. A Statement of Commitment Endorsed by the Global Humanitarian Platform. Geneva. [www.globalhumanitarianplatform.org/pop.html](http://www.globalhumanitarianplatform.org/pop.html)

IASC (2008), Guidance Note on using the Cluster Approach to Strengthen Humanitarian Response. Geneva.

IASC, Global Cluster Approach: <http://onerresponse.info/GlobalClusters/Pages/default.aspx>

IASC and United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) (2008), Civil-Military Guidelines and Reference for Complex Emergencies. New York. <http://ochaonline.un.org/cmcs/guidelines>

OCHA (2007), Guidelines on the Use of Foreign Military and Civil Defence Assets In Disaster Relief – “Oslo Guidelines”. Rev. 1.1. Geneva.



<http://ochaonline.un.org/cmcs>

### Valutazione

IASC (2003), Initial Rapid Assessment (IRA) Guidance Notes for Country Level. Geneva. [www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page%20clusters%20page?s%20health%20cluster/RT/IRA\\_Guidance\\_Country%20Level\\_field\\_test.doc](http://www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page%20clusters%20page?s%20health%20cluster/RT/IRA_Guidance_Country%20Level_field_test.doc)

IASC (forthcoming), Needs Assessment Task Force (NATF) Operational Guidance for Needs Assessments.

Ushahidi mobile phone-based information gathering and sharing: [www.ushahidi.com](http://www.ushahidi.com)

### Progettazione e risposta

Conflict Sensitivity Consortium: [www.conflictsensitivity.org/](http://www.conflictsensitivity.org/)  
 Early Recovery Tools and Guidance: <http://onerresponse.info/GlobalClusters/Early%20Recovery/Pages/Tools%20and%20Guidance.aspx>  
 IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities (The Gender Handbook in Humanitarian Action). Geneva. <http://onerresponse.info/crosscutting/gender/Pages/Gender.aspx>  
 Provention Consortium (2007), Vulnerability and Capacity Analysis Guidance Note 9. Geneva. [www.proventionconsortium.org/themes/default/pdfs/tools\\_for\\_mainstreaming\\_GN9.pdf](http://www.proventionconsortium.org/themes/default/pdfs/tools_for_mainstreaming_GN9.pdf)  
 United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR) (2005), Hyogo Framework for Action 2005–2015: Building the resilience of nations and communities to disasters. Geneva. [www.unisdr.org/eng/hfa/docs/Hyogo-framework-for-action-english.pdf](http://www.unisdr.org/eng/hfa/docs/Hyogo-framework-for-action-english.pdf)

### Prestazioni, trasparenza e apprendimento

Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2009), 8th Review of Humanitarian Action. Overseas Development Institute (ODI). London. [www.alnap.org/initiatives/current/rha/8.aspx](http://www.alnap.org/initiatives/current/rha/8.aspx)

Collaborative Learning Projects (2007), The Listening Project (LISTEN). Cambridge, Mass.

[www.cdainc.com/cdawww/pdf/other/cda\\_listening\\_project\\_description\\_Pdf.pdf](http://www.cdainc.com/cdawww/pdf/other/cda_listening_project_description_Pdf.pdf)

Groupe URD (2009), Quality Compas.

[www.compasqualite.org/en/index/index.php](http://www.compasqualite.org/en/index/index.php)

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (1999), Guidance for Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex Emergencies. Paris. [www.oecd.org/dac](http://www.oecd.org/dac)

### Prestazioni del personale volontario

People In Aid (2003), The People In Aid Code of Good Practice in the Management and Support of Aid Personnel. London. <http://peopleinaid.org>

World Health Organization, World Vision International and War Trauma Foundation (forthcoming), Psychological First Aid Guide. Geneva.

[www.who.int/mental\\_health/emergencies/en/](http://www.who.int/mental_health/emergencies/en/)

## Lecture consigliate

### Valutazione e risposta

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) and World Food Programme (WFP) (2008), Joint Assessment Mission Guidelines. 2nd Edition. Rome. [www.unhcr.org/45f81d2f2.html](http://www.unhcr.org/45f81d2f2.html)

### Minori

Action for the rights of children (ARC) (2009), [www.arc-online.org/using/index.html](http://www.arc-online.org/using/index.html)

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) and The Sphere Project (2009), Integrating Quality Education within Emergency Response for Humanitarian Accountability: The Sphere–INEE Companionship. Geneva.

### Persone con disabilità

Handicap International, Disability Checklist for Emergency Response. [www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability\\_checklist\\_booklet\\_01.pdf](http://www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_checklist_booklet_01.pdf)

Women's Commission for Refugee Women and Children (2008), Disabilities among Refugees and Conflict-affected Populations: A Resource Kit for Fieldworkers.

New York. [www.womensrefugeecommission.org/docs/disab\\_res\\_kit.pdf](http://www.womensrefugeecommission.org/docs/disab_res_kit.pdf)



## Ambiente

Joint United Nations Environment Programme and OCHA Environment Unit: [www.reliefweb.int/ochaunep](http://www.reliefweb.int/ochaunep)

Kelly, C (2005), Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment in Disasters. Benfield Hazard Research Centre, University College London and CARE International. London.

UNHCR and CARE International (2005), Framework for Assessing, Monitoring and Evaluating the Environment in Refugee-related Operations: Toolkit for practitioners and managers to help assess, monitor and evaluate environmental circumstances, using mainly participatory approaches. Geneva.

[www.unhcr.org/4a97d1039.html](http://www.unhcr.org/4a97d1039.html)

UNHCR and International Union for the Conservation of Nature (2005), UNHCR Environmental Guidelines. Geneva. [www.unhcr.org/3b03b2a04.html](http://www.unhcr.org/3b03b2a04.html)

## Genere

Gender and Disaster Network: <http://gdnonline.org>

WFP (2009), WFP Gender Policy. [www.wfp.org/content/wfp-gender-policy](http://www.wfp.org/content/wfp-gender-policy)

## HIV/AIDS

IASC (2010), Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. Geneva. [www.humanitarianinfo.org/iasc/page?loader.aspx?page?=content-products-products&sel=9](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/page?loader.aspx?page?=content-products-products&sel=9)

## Anziani

HelpAge International: [www.helpage.org](http://www.helpage.org)

IASC (2008), Humanitarian Action and Older Persons – an essential brief for humanitarian actors. Geneva. [www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&sel=24](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&sel=24)

ODI (2005), Network paper 53: Assisting and protecting older people in emergencies. London. [www.odi.org.uk/resources/details.asp?id=357&title=protecting-assisting-older-people-emergencies](http://www.odi.org.uk/resources/details.asp?id=357&title=protecting-assisting-older-people-emergencies)

## Prestazioni, monitoraggio e valutazione

ALNAP Annual Review (2003), Humanitarian Action: Improving Monitoring to Enhance Accountability and Learning. London. [www.alnap.org](http://www.alnap.org)

ALNAP (2009), Real Time Evaluations of Humanitarian Action (Pilot Version). London. [www.alnap.org](http://www.alnap.org)

Catley, A et al (2008), Participatory Impact Assessment. Feinstein International Center, Tufts University.

<https://wikis.uit.tufts.edu/confluence/display/FIC/Participatory+Impact+Assessment>

Groupe URD (2009), Quality COMPAS Companion Book.

[www.compasqualite.org/en/index/index.php](http://www.compasqualite.org/en/index/index.php)

OECD (1999), Guidance for the Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex Emergencies. Paris. [www.oecd.org/dac](http://www.oecd.org/dac)

Further information on evaluation (including training modules) and approaches to learning can be found on ALNAP: [www.alnap.org](http://www.alnap.org)

## Individuazione degli obiettivi

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2003), World Disasters Report 2003 – Chapter 1: Humanitarian ethics in disaster and war. [www.ifrc.org/publicat/wdr2003/chapter1.asp](http://www.ifrc.org/publicat/wdr2003/chapter1.asp)

UNISDR (2001), Countering Disasters, Targeting Vulnerability. Geneva.

[www.unisdr.org/eng/public\\_aware/world\\_camp/2001/pdf/Kit\\_1\\_Countering\\_Disasters\\_Targeting\\_Vulnerability.pdf](http://www.unisdr.org/eng/public_aware/world_camp/2001/pdf/Kit_1_Countering_Disasters_Targeting_Vulnerability.pdf)

# Standard minimi per l'approvvigionamento idrico, servizi sanitari e sensibilizzazione all'igiene



# Come usare questo capitolo

## Questo capitolo è suddiviso in sette sezioni principali:

Approvvigionamento idrico, servizi sanitari e sensibilizzazione all'igiene (WASH)

Sensibilizzazione all'igiene

Approvvigionamento idrico

Smaltimento degli escrementi

Controllo vettoriale

Gestione dei rifiuti solidi

Drenaggio

I Principi di Protezione e gli Standard Fondamentali devono essere utilizzati coerentemente con il presente capitolo.

Sebbene abbiano principalmente lo scopo di improntare la risposta umanitaria a un disastro, gli standard minimi possono anche essere considerati durante la preparazione ai disastri e il passaggio verso attività di recupero.

Ciascuna sezione contiene quanto segue:

- **Standard minimi:** sono di natura qualitativa e specificano i livelli minimi che devono essere raggiunti dalla risposta umanitaria in relazione all'approvvigionamento idrico, ai servizi sanitari e alla sensibilizzazione all'igiene.
- **Azioni chiave:** sono tutte le attività e gli input suggeriti per aiutare a raggiungere gli standard.
- **Indicatori chiave:** sono 'segnali' che indicano se uno standard è stato raggiunto. Forniscono un modo per misurare e comunicare i processi e i risultati delle azioni fondamentali; fanno riferimento allo standard minimo, non all'azione principale.
- **Note di orientamento:** includono punti specifici che devono essere tenuti in considerazione quando si applicano gli standard minimi, le azioni e gli indicatori chiave nelle differenti situazioni. Sono un'utile guida per affrontare difficoltà pratiche, punti di riferimento o suggerimenti su questioni prioritarie. Possono inoltre trattare questioni critiche relative agli standard, alle azioni o agli indicatori, e descrivere dilemmi, controversie o lacune nella conoscenza attuale.

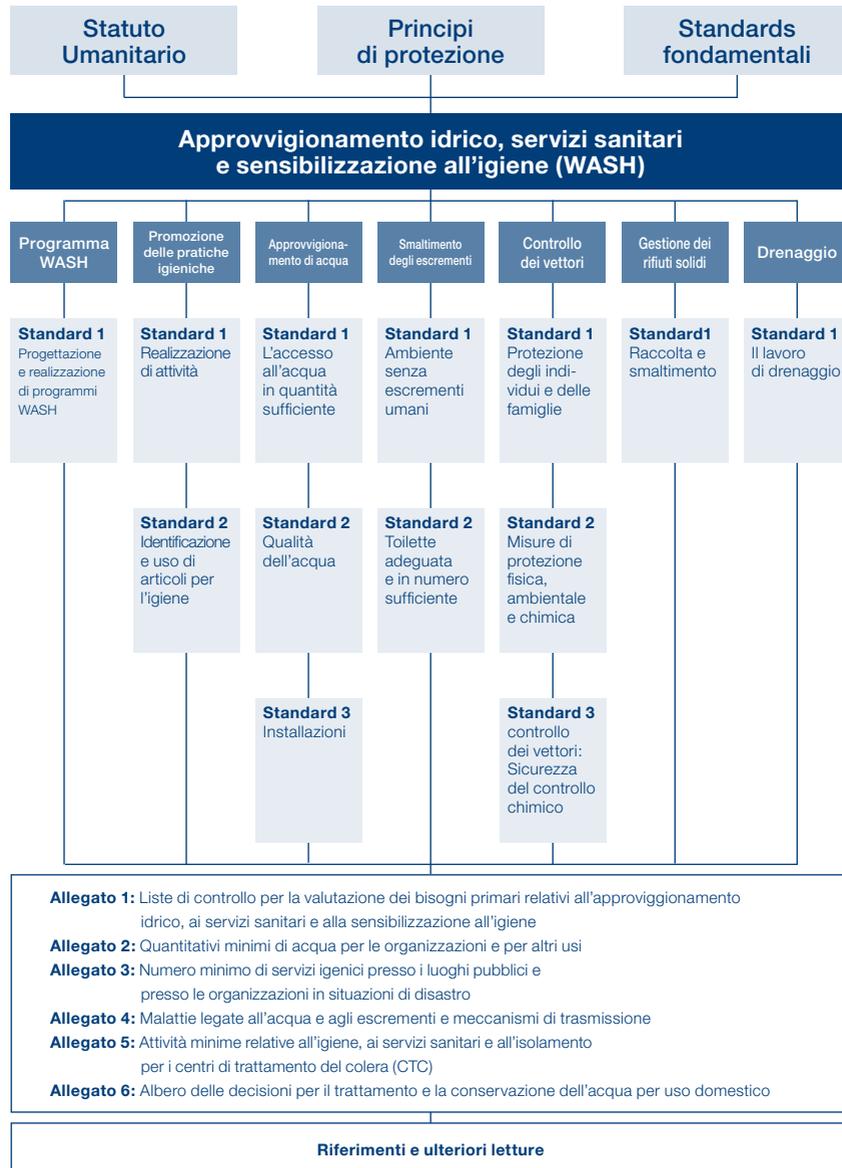
Se gli indicatori e le azioni fondamentali richieste non possono essere soddisfatte, si dovrebbero valutare le conseguenze avverse per la popolazione colpita e adottare le opportune azioni di mitigazione.

L'appendice 1 include una lista di controllo per la valutazione delle necessità; linee guida sono fornite nelle appendici 2-6; ed è anche fornita una lista selezionata di riferimenti e di ulteriori letture che indica le fonti di informazione sia sulle questioni specifiche sia su quelle generali relative al presente capitolo.

# Contenuti

Introduzione.....	83
1. Approvvigionamento idrico, servizi sanitari e sensibilizzazione all'igiene (wash) .....	88
2. Sensibilizzazione all'igiene.....	91
3. Approvvigionamento idrico.....	97
4. Smaltimento degli escrementi.....	105
5. Controllo vettoriale.....	111
6. Gestione dei rifiuti solidi.....	117
7. Drenaggio.....	121
Appendice 1: Liste di controllo per la valutazione dei bisogni primari relativi all'approvvigionamento idrico, ai servizi sanitari e alla sensibilizzazione all'igiene .....	124
Appendice 2: Quantitativi minimi di acqua per le organizzazioni e per altri utilizzi .....	129
Appendice 3: Numero minimo di servizi igienici presso i luoghi pubblici e presso le organizzazioni in situazioni di disastro.....	130
Appendice 4: Malattie legate all'acqua e agli escrementi e meccanismi di trasmissione .....	131
Appendice 5: Attività minime relative all'igiene, ai servizi sanitari e all'isolamento per i centri di trattamento del colera (CTC).....	132
Appendice 6: Albero delle decisioni per il trattamento e la conservazione idrica per utilizzo domestico.....	133
Riferimenti e ulteriori letture.....	134





# Introduzione

## Collegamenti alla Carta Umanitaria e al diritto internazionale

Gli standard minimi per l'approvvigionamento idrico, i servizi igienico-sanitari e la promozione dell'igiene (WASH) sono un'espressione pratica dei principi e degli impegni condivisi dalle organizzazioni umanitarie e dei principi, diritti e doveri comuni che governano l'azione umanitaria e che sono elencati nella Carta Umanitaria. Fondati sul principio di umanità e riflessi nel diritto internazionale, tali principi includono il diritto ad una vita dignitosa, il diritto alla protezione e alla sicurezza e il diritto a ricevere assistenza umanitaria in base alla necessità. Un elenco di documenti chiave relativi alle disposizioni legali e alle politiche che ispirano la Carta Umanitaria è disponibile per la consultazione nell' Allegato 1 (si veda pagina 356), con commenti esplicativi per gli operatori umanitari.

Anche se gli Stati sono i principali responsabili verso i diritti delineati sopra, le organizzazioni umanitarie hanno il compito di lavorare con le popolazioni colpite dai disastri in conformità a essi. Da tali diritti generali scaturiscono una serie di diritti più specifici, i quali includono la partecipazione, l'informazione e la non discriminazione, che costituiscono la base degli Standard Fondamentali, insieme ai diritti specifici di acqua, servizi igienico-sanitari, cibo, rifugio e salute, sostenenti questi e gli standard minimi nel presente manuale.

Ogni individuo ha diritto all'acqua e ai servizi igienico-sanitari. Tale diritto è riconosciuto dalle disposizioni del diritto internazionale e prevede acqua sufficiente, sicura e accessibile per uso personale e domestico, a buon mercato; e l'accessibilità ai servizi igienico-sanitari. Un'adeguata quantità di acqua sicura è necessaria per prevenire la morte causata dalla disidratazione, per ridurre il rischio di malattie trasmesse tramite la stessa, e al fine di garantire i requisiti igienici per il consumo, la cucina, l'uso personale e domestico.

Il diritto all'acqua e ai servizi igienico-sanitari è indissolubilmente legato ad altri diritti umani, incluso il diritto alla salute, il diritto all'abitazione e il diritto a un'alimentazione adeguata. In quanto tale, esso costituisce una delle garanzie essenziali per la sopravvivenza umana. Soggetti statali e non hanno la responsabilità di soddisfare il diritto all'acqua e ai servizi igienico-sanitari. Durante i conflitti armati,



per esempio, è proibito attaccare, distruggere, rimuovere o rendere inutilizzabili installazioni idriche potabili o gli impianti per l'irrigazione.

Gli standard minimi nel presente capitolo non sono una piena espressione del diritto all'acqua e ai servizi igienico-sanitari. Ciononostante, gli standard Sphere rispecchiano il contenuto fondamentale di tali diritti e contribuiscono alla loro realizzazione progressiva su scala globale.

## L'importanza di WASH nei disastri

Acqua e servizi igienico-sanitari sono elementi determinanti per la sopravvivenza nelle fasi iniziali di un disastro. Le persone colpite dai disastri sono generalmente molto più vulnerabili alle infezioni e alla morte per malattie, in larga parte correlate all'insufficienza dei servizi igienico-sanitari, dei rifornimenti idrici e all'incapacità di mantenere una corretta igiene. Le più significative tra queste malattie sono quelle diarroiche e le infezioni trasmesse per via oro-fecale (vedere Allegato 4: Malattie legate all'approvvigionamento idrico, agli escrementi e meccanismi di trasmissione). Altre malattie legate all'approvvigionamento idrico e ai servizi igienico-sanitari includono quelle trasmesse dai vettori associati ai rifiuti solidi e all'acqua. In ogni parte del Manuale Sphere, il termine "servizi igienico-sanitari" si riferisce allo smaltimento degli escrementi, al controllo vettoriale, alla gestione dei rifiuti solidi e al drenaggio.

Il principale obiettivo dei programmi WASH durante i disastri è ridurre la trasmissione di malattie oro-fecali e l'esposizione ai loro vettori attraverso la promozione di:

- ▶ buone pratiche igieniche
- ▶ approvvigionamento di acqua potabile sicura
- ▶ riduzione di rischi ambientali per la salute
- ▶ condizioni che consentono alle persone di vivere in buona salute, dignità, benessere e sicurezza.

La fornitura di acqua e di servizi igienico-sanitari sufficienti non assicurerà di per sé il loro utilizzo ottimale o l'impatto sulla salute pubblica. Per ottenere il massimo beneficio da una risposta, è necessario che le persone colpite dai disastri abbiano le informazioni, la conoscenza e la comprensione necessarie per prevenire le malattie legate all'acqua e ai servizi igienico-sanitari e per mobilitare il loro coinvolgimento nella progettazione e nella manutenzione di tali strutture.

L'utilizzo di acqua e di servizi igienico-sanitari comuni, per esempio nei campi rifugiati o sfollati, può aumentare la vulnerabilità delle donne e delle bambine allo stupro e ad altre forme di violenza di genere. Allo scopo di minimizzare questi rischi e di incrementare la qualità della risposta, è importante assicurare la partecipazione delle donne ai programmi di approvvigionamento idrico e di servizi igienico-sanitari. Un'equa partecipazione di donne e uomini alla pianificazione, al processo decisionale e alla gestione locale contribuirà a garantire l'accesso sicuro e facile dell'intera popolazione colpita alla fornitura idrica e ai servizi igienico-sanitari e che detti servizi siano adeguati.

Nel campo della sanità pubblica, una migliore risposta ai disastri si ottiene tramite una migliore preparazione. Tale preparazione è il risultato di capacità, report e conoscenze sviluppate dai governi, dalle organizzazioni umanitarie, dalle organizzazioni locali della società civile, dalle comunità e dagli individui, allo scopo di prevenire e di rispondere in maniera efficace all'impatto di pericoli probabili e imminenti. Essa si basa su un'analisi dei rischi ed è ben collegata ai sistemi di allerta rapida. La preparazione include: piani di emergenza, scorte di equipaggiamenti e forniture, servizi di emergenza e sistemazioni temporanee, formazione del personale e programmazione, formazione ed esercitazioni a livello comunitario.

## Collegamenti agli altri capitoli

Gli standard presentati nei vari capitoli sono connessi con il presente. L'avanzamento verso il raggiungimento degli standard in un settore spesso influenza e persino determina l'avanzamento in altri. Per ottenere una risposta efficace sono richiesti coordinamento e collaborazione rigorosi con gli altri settori. È anche necessario il coordinamento con le autorità locali e con le altre organizzazioni attive sul campo per assicurarsi che il fabbisogno sia soddisfatto, che gli sforzi non siano duplicati e che la qualità degli interventi in materia idrica e dei servizi igienico-sanitari sia ottimizzata.

Per esempio, qualora gli standard nutrizionali non siano stati rispettati, l'urgenza di migliorare gli standard relativi all'acqua e ai servizi igienico-sanitari aumenta insieme alla vulnerabilità delle persone alle malattie. Lo stesso vale per le popolazioni con alta incidenza di HIV e AIDS o con ampia percentuale di anziani e di individui con disabilità. Le priorità dovrebbero essere delineate sulla base di approfondite informazioni condivise tra i settori con l'evolversi della situazione. Si fa anche riferimento, se necessario, agli standard complementari.



## Collegamenti ai Principi di Protezione e agli Standard Fondamentali

Al fine di soddisfare gli standard di questo Manuale, tutte le organizzazioni umanitarie dovrebbero essere guidate dai Principi di Protezione, anche qualora esse non abbiano un chiaro mandato in merito alla protezione o una capacità specializzata in tal senso. I Principi non sono 'assoluti': si riconosce che le circostanze potrebbero limitare la misura in cui le organizzazioni sono in grado di soddisfarli. Tuttavia, i principi riflettono gli interessi umanitari universali che dovrebbero indirizzare l'azione in ogni momento.

Gli Standard Fondamentali sono standard essenziali relativi al processo e al personale e sono condivisi da tutti i settori. I sei Standard Fondamentali includono: coordinamento e collaborazione; valutazione; progettazione e risposta; performance, trasparenza e apprendimento; performance degli operatori umanitari. Essi forniscono un unico punto di riferimento per gli approcci che si trovano alla base tutti gli altri standard contenuti nel Manuale. Ogni capitolo tecnico, quindi, richiede l'utilizzo complementare degli Standard Fondamentali per riuscire a raggiungere i propri standard. In particolare, per garantire l'appropriatezza e la qualità di qualsiasi risposta, la partecipazione delle popolazioni colpite dai disastri, inclusi i gruppi e gli individui più frequentemente a rischio nei disastri, dovrebbe essere massimizzata.

## Vulnerabilità e capacità delle popolazioni colpite dai disastri

Questa sezione è stata pensata per essere letta congiuntamente, e per rafforzare, gli Standard Fondamentali.

È importante comprendere che essere giovane o anziano, una donna o un individuo affetto da disabilità o da HIV non rende, di per sé, un soggetto più vulnerabile o maggiormente a rischio. Piuttosto, è la mutua interazione dei fattori ad agire in tal senso: per esempio, un individuo di età superiore ai 70 anni, che vive da solo e in cattive condizioni di salute, è probabilmente più vulnerabile di un individuo con la stessa età e nelle stesse condizioni di salute che vive in una famiglia estesa e che percepisce un reddito adeguato. Analogamente, una bambina di tre anni non protetta è molto più vulnerabile rispetto a una bambina sotto la tutela di genitori responsabili.

Mentre sono applicati gli standard WASH e le azioni principali, un'analisi delle vulnerabilità e delle capacità contribuisce ad assicurare che lo sforzo di reazione ai disastri supporti chi ha diritto all'assistenza e chi ne ha maggiormente bisogno

in maniera non discriminatoria. Ciò richiede una conoscenza approfondita del contesto locale e di come un particolare impatto della crisi incida su determinati gruppi di persone in modi diversi, a causa delle loro vulnerabilità preesistenti (per esempio, essere molto poveri o discriminati), dalla loro esposizione alle minacce per la sicurezza (per esempio, violenza di genere, incluso lo sfruttamento sessuale), dall'incidenza o dalla prevalenza di malattie (per esempio HIV o tubercolosi) e dalla possibilità di epidemie (per esempio morbillo o colera). I disastri possono acuire le ineguaglianze preesistenti. Tuttavia, è essenziale sostenere le strategie di sopravvivenza delle persone, la loro resilienza le loro capacità di recupero. Devono essere sostenute le loro conoscenze, capacità e strategie e deve essere promosso il loro accesso al supporto sociale, legale, finanziario e psicosociale. Inoltre, devono essere affrontate le varie barriere fisiche, culturali ed economiche che le persone potrebbero fronteggiare nell'accedere a questi servizi in maniera equa.

I seguenti punti evidenziano alcune delle aree fondamentali, le quali assicureranno che i diritti e le capacità di tutte i soggetti vulnerabili siano tenuti in considerazione:

- ▶ Ottimizzare la partecipazione della gente, in modo che siano inclusi tutti i gruppi rappresentativi, specialmente quelli meno visibili (per esempio gli individui che hanno difficoltà di comunicazione o di mobilità, coloro che vivono in istituti, giovani condannati e altri gruppi poco rappresentati o non rappresentati affatto).
- ▶ Dividere i dati per sesso e per età (0-80+ anni) durante la valutazione. Questo elemento è importante al fine di garantire che il settore WASH consideri in maniera adeguata la diversità delle popolazioni.
- ▶ Garantire che il diritto all'informazione sui diritti sia comunicato e accessibile e tutti i membri della comunità.

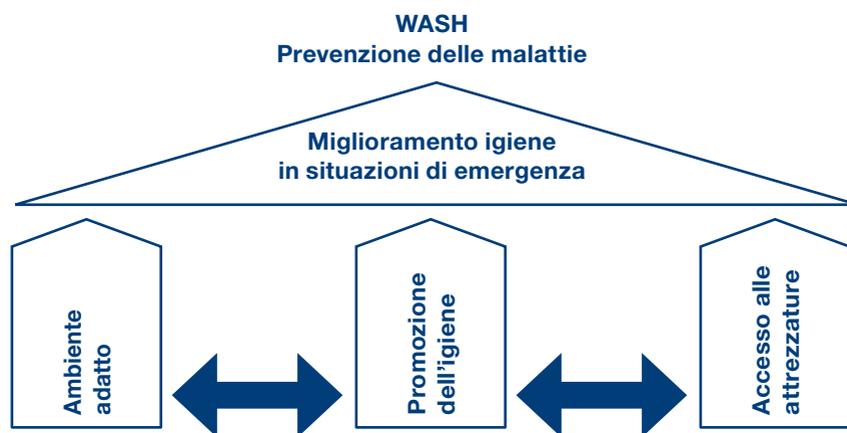


## Gli standard minimi

# 1. Approvvigionamento idrico, servizi sanitari e promozione delle pratiche igieniche (WASH)

L'obiettivo di qualsiasi programma WASH è quello di promuovere una buona igiene personale e ambientale in modo da salvaguardare la salute, come mostrato nel grafico sottostante. Un efficace programma WASH si basa su uno scambio di informazioni tra l'organizzazione e la popolazione colpita dal disastro al fine di individuare i problemi igienici principali e le soluzioni culturalmente appropriate. Garantire l'utilizzo ottimale di tutte le forniture idriche e dei servizi igienico-sanitari e praticare un'igiene sicura comporterà un maggiore impatto sulla salute pubblica.

La sensibilizzazione all'igiene è fondamentale per il successo di un intervento WASH. L'attenzione alla promozione dell'igiene è sia generale sia specifica. In termini generali, è parte integrante di tutte le sezioni e si riflette negli indicatori per l'approvvigionamento idrico, per lo smaltimento degli escrementi, per il controllo vettoriale, per la gestione dei rifiuti solidi e per il drenaggio. In particolare, l'attenzione si restringe a due standard di promozione delle pratiche igieniche in questo capitolo e fa riferimento a specifiche attività di sensibilizzazione all'igiene.



### Standard WASH 1: Progettazione e realizzazione dei programmi WASH

Le esigenze relative all'approvvigionamento idrico, ai servizi igienico-sanitari e alla promozione delle pratiche igieniche (WASH) della popolazione colpita sono soddisfatte e gli utenti sono coinvolti nella progettazione, gestione e manutenzione dei servizi ove opportuno.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- Identificare i rischi chiave di importanza per la salute pubblica consultando la popolazione colpita (vedere la nota di orientamento 1 e gli Standard Fondamentali 1,3-4 a pagina 55-56).
- Provvedere e dedicarsi ai bisogni di salute pubblica della popolazione colpita in conformità ai loro bisogni prioritari (vedere la nota di orientamento 1).
- Ricercare sistematicamente un feedback sulla progettazione e sull'accettabilità sia delle strutture sia dei metodi di sensibilizzazione da parte di tutti i differenti gruppi di utenti riguardo a tutte le attività del programma WASH (vedere gli Standard Fondamentali 1, 3-4 a pagina 55-65).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- Tutti i gruppi all'interno della popolazione hanno accesso sicuro ed equo alle risorse e alle strutture WASH, utilizzano le strutture a disposizione e intervengono per ridurre il rischio per la salute pubblica (vedere lo Standard 2 per la sensibilizzazione all'igiene a pagina 94).
- Tutto il personale WASH comunica con chi è stato colpito in modo chiaro e rispettoso e condivide apertamente con loro le informazioni sul progetto, includendo il sapere come rispondere alle domande sul progetto poste dai membri della comunità.
- È presente un sistema per la gestione e per la manutenzione delle strutture a seconda dei casi, e i diversi gruppi contribuiscono equamente (si veda la nota di orientamento 1).
- Tutti gli utenti sono soddisfatti perchè la progettazione e la realizzazione del programma WASH hanno aumentato la sicurezza e ripristinato la dignità.



## Note di orientamento

1. **Valutazione delle necessità:** è necessaria per individuare le pratiche a rischio che potrebbero aumentare la vulnerabilità e per prevedere la probabilità di successo sia della fornitura di strutture WASH sia delle attività di promozione delle pratiche igieniche. È probabile che i rischi principali si incentrino sulla sicurezza fisica nell'accesso alle strutture, sulla discriminazione di gruppi emarginati che incide sull'accesso, sull'utilizzo e sulla manutenzione dei servizi igienici, sull'impossibilità di lavarsi le mani con il sapone o con un'alternativa, sulla raccolta e conservazione dell'acqua in condizioni antigieniche e sulla preparazione e conservazione degli alimenti in condizioni antigieniche. La valutazione dovrebbe considerare le risorse disponibili per la popolazione, così come la conoscenza e le pratiche locali, in modo che le attività di sensibilizzazione risultino efficaci, rilevanti e pratiche. Le norme sociali e culturali che potrebbero facilitare e/o compromettere l'aderenza alle pratiche di igiene sicura dovrebbero essere considerate parte integrante della valutazione iniziale e permanenti. La valutazione dovrebbe prestare particolare attenzione ai bisogni delle persone vulnerabili. Se la consultazione con qualche gruppo di persone vulnerabili non è possibile, si dovrebbe segnalare in modo chiaro nella relazione di valutazione e risolvere tale questione il prima possibile (vedere lo Standard fondamentale 3 a pagina 61).

## 2. Promozione delle pratiche igieniche

La promozione delle pratiche igieniche è un approccio pianificato e sistematico che consente alle persone di agire per prevenire e/o ridurre le malattie legate all'acqua, ai servizi igienico-sanitari e all'igiene. Essa può anche fornire una maniera pratica per facilitare la partecipazione della comunità, la responsabilità e il controllo nei programmi WASH. La sensibilizzazione all'igiene dovrebbe mirare ad attingere alla conoscenza, alle pratiche e alle risorse della popolazione colpita, così come l'attuale base di conoscenze WASH determina come si tutela al meglio la salute pubblica.

La promozione delle pratiche igieniche deve garantire che le persone utilizzino al meglio l'acqua, i servizi igienico-sanitari, le strutture e i servizi forniti per facilitare l'igiene e comprende la manutenzione e il funzionamento efficienti delle strutture. I tre fattori principali sono:

1. una condivisione di informazioni e conoscenza
2. la mobilitazione delle comunità colpite
3. la fornitura di materiali e di strutture essenziali

La mobilitazione delle comunità è particolarmente appropriata durante i disastri ed è importante incoraggiare le persone ad agire per tutelare la propria salute. Le attività promozionali dovrebbero prevedere, possibilmente, metodi interattivi, piuttosto che concentrarsi esclusivamente sulla diffusione di massa dei messaggi.



### Promozione delle pratiche igieniche Standard 1: Realizzazione della promozione delle pratiche igieniche

Gli uomini, le donne e i bambini di ogni età colpiti sono consapevoli dei rischi principali per la salute pubblica e sono mobilitati ad adottare misure per evitare il deterioramento delle condizioni igieniche e a utilizzare e gestire i servizi messi a disposizione.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Fornire sistematicamente informazioni sui rischi relativi all'igiene e sulle azioni preventive, avvalendosi dei canali di comunicazione di massa adeguati (vedere le note di orientamento 1-2).
- ▶ Identificare i fattori specifici di tipo sociale, culturale o religioso che motiveranno i differenti gruppi sociali all'interno della comunità e utilizzarli come la base per una strategia di comunicazione per la promozione delle pratiche igieniche (vedere la nota di orientamento 2).
- ▶ Ove possibile, utilizzare metodi interattivi di comunicazione sull'igiene che garantiscano il dialogo e discussioni costanti con gli interessati (vedere la nota di orientamento 3).
- ▶ In collaborazione con la comunità colpita, monitorare regolarmente le pratiche principali relative all'igiene e l'utilizzo delle strutture messe a disposizione (vedere la nota di orientamento 3 e lo Standard fondamentale 5, le note di orientamento 1, 3-5 a pagina 69-70).
- ▶ Negoziare con la popolazione e con le principali parti interessate per definire i termini e le condizioni per le mobilitazioni delle comunità (vedere la nota di orientamento 5).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Tutti i gruppi di utenti possono descrivere e dimostrare come si sono impegnati per prevenire il deterioramento delle condizioni igieniche (vedere la nota di orientamento 1).
- ▶ Tutti i servizi a disposizione sono utilizzati in maniera appropriata e mantenuti regolarmente.

- ▶ Tutte le persone detergono le proprie mani dopo la defecazione, dopo aver pulito un bambino, prima dei pasti e di preparare il cibo (vedere la nota di orientamento 6).
- ▶ Tutte le attività e i messaggi per la promozione delle pratiche igieniche affrontano i comportamenti principali e i malintesi e sono indirizzati a tutti i gruppi (vedere la nota di orientamento 6).
- ▶ I rappresentanti di tutti i gruppi sono coinvolti nella pianificazione, nella formazione, nella realizzazione, nel monitoraggio e nella valutazione del lavoro di promozione delle pratiche igieniche (vedere le note di orientamento 1-6 e lo Standard Fondamentale 1, le note di orientamento 1-5 a pagina 56-57).
- ▶ Chi si prende cura dei bambini piccoli e dei neonati dispone di mezzi per rimuovere in maniera sicura le feci dei bambini (vedere lo standard 1 di Smaltimento degli escrementi a pagina 105 e la nota di orientamento 6).

#### Note di orientamento

1. **Affrontare i rischi e i comportamenti prioritari relativi all'igiene:** la conoscenza acquisita tramite la valutazione dei rischi igienici, i compiti e le responsabilità dei diversi gruppi dovrebbero essere impiegati per pianificare l'assistenza e stabilirne l'ordine di priorità, in modo che il flusso di informazioni sia adeguatamente mirato tra gli operatori umanitari e la popolazione colpita e siano affrontati i malintesi, laddove presenti.
2. **Raggiungere tutte le sezioni della popolazione:** nelle fasi iniziali di un disastro potrebbe rivelarsi utile affidarsi ai mass media per far ricevere al maggior numero di persone possibili informazioni importanti sulla riduzione dei rischi per la salute. Materiali informativi differenti, istruttivi e comunicativi, dovrebbero essere indirizzati a gruppi diversi tramite canali di comunicazione pertinenti, in modo che le informazioni raggiungano tutti i membri della popolazione. Ciò è particolarmente importante per coloro che non sono alfabetizzati, che hanno difficoltà di comunicazione e/o che non hanno accesso alla radio o alla televisione. Anche i media popolari (teatro, canzoni, teatro di strada, danza, etc.) potrebbero essere efficaci in tali circostanze. Il coordinamento con il nucleo educativo sarà importante per determinare le opportunità di realizzare attività relative all'igiene nelle scuole.
3. **Metodi interattivi:** materiali e metodi partecipativi culturalmente adeguati offrono utili opportunità alle persone colpite di pianificare e monitorare i miglioramenti in materia di igiene. Inoltre, ciò permette loro di presentare suggerimenti o reclami relativi al programma, se necessario. La pianificazione della sensibilizzazione all'igiene deve essere culturalmente appropriata. Le attività di sensibilizzazione all'igiene devono essere realizzate da mediatori in



grado di lavorare con gruppi che potrebbero condividere credenze e pratiche diverse dalle loro (per esempio, in alcune culture non è ammissibile per le donne parlare con uomini sconosciuti).

4. **Sovraccarico:** è importante garantire che nessun singolo gruppo (per esempio le donne) all'interno della popolazione colpita sia sovraccaricato dalla responsabilità per le attività di sensibilizzazione all'igiene o dalla gestione delle attività per promuovere l'igiene. I vantaggi, come l'opportunità di formazione e d'impiego, dovrebbero essere offerti alle donne, agli uomini e ai gruppi emarginati.
5. **Termini e condizioni per le comunità promotrici:** l'impiego di operatori sociali o a domicilio è un modo potenzialmente più interattivo per arrivare a un gran numero della popolazione, ma tali lavoratori avranno bisogno di supporto per sviluppare le competenze di facilitazione. Indicativamente, nello scenario di un campo, dovrebbero esserci due promotori di igiene/promotori comunitari per ogni 1.000 membri della popolazione colpita. I promotori comunitari potrebbero anche essere impiegati come lavoratori giornalieri, a contratto o su base volontaria, in conformità con la legislazione nazionale. Se i lavoratori debbano avere un contratto o lo status di volontari deve essere discusso con la popolazione colpita, organizzazioni esecutive e all'interno dei nuclei, per evitare di creare tensioni e di turbare la sostenibilità a lungo termine dei sistemi già in atto.
6. **Motivare i diversi gruppi a intervenire:** è importante capire che la salute potrebbe non essere il motivo principale dei cambiamenti nel comportamento. La necessità di privacy, sicurezza, comodità, l'osservanza delle norme religiose e culturali, lo status e la stima sociale potrebbero essere forze motrici più convincenti della promessa di una salute migliore. Tali fattori rilevanti devono essere considerati quando si progettano attività per la sensibilizzazione e efficacemente inseriti nella progettazione e nella localizzazione delle strutture insieme al team di ingegneri. Si dovrebbe prestare attenzione non soltanto al cambiamento del comportamento individuale, ma anche alla mobilitazione sociale e al lavoro con i gruppi.

### Promozione delle pratiche igieniche Standard 2: Identificazione e utilizzo degli articoli per l'igiene

La popolazione colpita dal disastro ha accesso e si occupa di individuare e promuovere l'utilizzo degli articoli per l'igiene al fine di garantire l'igiene personale, la dignità e il benessere.

### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Consultare tutti gli uomini, le donne e i bambini di tutte le età circa gli articoli per l'igiene di cui necessitano particolarmente (vedere le note di orientamento 1, 3-4)
- ▶ Intraprendere una distribuzione tempestiva degli articoli per l'igiene che soddisfino i bisogni immediati della comunità (vedere le note di orientamento 2-3).
- ▶ Realizzare un monitoraggio successivo alla distribuzione per valutare l'utilizzo degli articoli per l'igiene distribuiti e il soddisfacimento dei beneficiari (vedere le note di orientamento 3 e 5).
- ▶ Studiare e valutare l'utilizzo di alternative alla distribuzione di articoli per l'igiene, per esempio fornitura di denaro, voucher e/o generi di prima necessità (vedere Sicurezza alimentare – Trasferimento di denaro e voucher standard 1 a pagina 200).

### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Donne, uomini e bambini hanno accesso agli articoli per l'igiene, i quali sono utilizzati per salvaguardare la salute, la dignità e il benessere (vedere le note di orientamento 1, 7 e 9).
- ▶ Tutte le donne e bambine fisiologicamente sviluppate sono dotate di materiali indicati per l'igiene intima nel periodo mestruale, previa consultazione con la popolazione colpita (vedere le note di orientamento 5 e 8).
- ▶ Tutte le donne, tutti gli uomini e i bambini hanno accesso alle informazioni e alla formazione sul corretto utilizzo degli articoli per l'igiene che non sono loro familiari (vedere la nota di orientamento 5).
- ▶ Le informazioni sugli orari dei gruppi, sulla localizzazione, sul contenuto e sulla destinazione per la distribuzione di generi di prima necessità sono accessibili alla popolazione colpita (vedere le note di orientamento 3-5).
- ▶ È data priorità alla sicurezza delle popolazioni colpite e del personale durante l'organizzazione della distribuzione di generi di prima necessità (vedere il Principio di Protezione 1 e le note di orientamento 1-3 alle pagine 33-34).

### Note di orientamento

1. **Articoli di base per l'igiene:** Una confezione di articoli di base per l'igiene consiste in contenitori per l'acqua (secchi), sapone per il bagno, detersivo per il bucato e materiale per l'igiene intima nel periodo del ciclo mestruale.

### Elenco degli articoli di base per l'igiene



Contenitore della capacità di 10–20 litri per il trasporto dell'acqua	Uno per nucleo domestico
Contenitore della capacità di 10–20 litri per la conservazione dell'acqua	Uno per nucleo domestico
250g di sapone per il bagno	Uno a persona al mese
200g di detersivo per il bucato	Uno a persona al mese
Materiale per l'igiene intima nel periodo del ciclo mestruale, per esempio panni di cotone lavabile	Uno a persona

2. **Coordinamento:** valutare con lo shelter cluster e con la popolazione colpita se occorrono ulteriori prodotti di prima necessità come le coperte, che non sono inclusi tra gli articoli per l'igiene di base (vedere Generi di prima necessità standard 1 a pagina 269).
3. **Tempestività della distribuzione degli articoli per l'igiene:** al fine di assicurare una tempestiva distribuzione degli articoli per l'igiene, potrebbe essere necessario distribuire alcuni articoli generici fondamentali (sapone, taniche, e così via) senza il previo consenso della popolazione colpita e raggiungere un accordo sulla distribuzione futura in seguito a una consultazione.
4. **Bisogni prioritari:** i soggetti possono scegliere di vendere gli articoli a disposizione se i loro bisogni prioritari non sono soddisfatti in modo adeguato e, quindi, devono essere considerati i mezzi di sostentamento delle persone quando si pianifica la distribuzione.
5. **Adeguatezza:** bisogna informare riguardo a prodotti che potrebbero non essere utilizzati a causa della mancanza di familiarità o che potrebbero essere utilizzati in maniera impropria (per esempio, articoli che potrebbero essere scambiati per cibo). Ove sia culturalmente adeguato o più comodo, il detergente in polvere può essere consigliato al posto del detersivo da bucato.
6. **Ricambio:** quando necessario, bisognerebbe valutare i materiali di consumo da sostituire.
7. **Bisogni speciali:** alcune persone con bisogni specifici (per esempio, incontinenza o diarrea grave) potrebbero richiedere maggiori quantità di articoli per l'igiene personale come il sapone. Persone con disabilità o allettate potrebbero necessitare di articoli aggiuntivi, come padelle da letto. Alcuni articoli potrebbero richiedere un adattamento a utilizzo sanitario (come uno sgabello con un foro o una sedia da comodo).

8. **Igiene mestruale:** Occorre provvedere alla detersione decorosa o allo smaltimento dei materiali per l'igiene mestruale.
9. **Articoli aggiuntivi:** le pratiche sociali e culturali esistenti possono richiedere l'accesso a ulteriori articoli per l'igiene. In base alla disponibilità, tali elementi (a persona al mese) potrebbero includere:
  - 75ml/100g di dentifricio
  - uno spazzolino da denti
  - 250 ml di shampoo
  - 250 ml di lozione per neonati e bambini fino a due anni d'età
  - un rasoio monouso
  - biancheria intima per donne e ragazze fisiologicamente sviluppate
  - una spazzola e/o pettine
  - tagliaunghie
  - pannolini e vasini (a seconda delle esigenze domestiche)



### 3. Approvvigionamento idrico

L'acqua rappresenta un elemento essenziale per il sostentamento, per la salute e la dignità umana. Esistono situazioni estreme in cui l'apporto idrico potrebbe non essere sufficiente a soddisfare i bisogni primari ed è proprio in questi casi che il livello dell'approvvigionamento di acqua pulita diventa di fondamentale importanza.

Nella maggior parte dei casi i principali problemi di salute sono causati da scarsa igiene, dovuta a un apporto idrico insufficiente e al consumo d'acqua contaminata.

#### Approvvigionamento idrico Standard 1: Accesso e quantitativo idrico

Tutti hanno un accesso equo e sicuro a una quantità sufficiente di acqua per bere, cucinare per l'igiene personale e quello domestico. I punti di approvvigionamento pubblico sono sufficientemente vicini alle abitazioni da consentire il consumo del fabbisogno minimo.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- Identificare fonti idriche adeguate alla situazione, considerandone il quantitativo e il proprio impatto ambientale (vedere la nota di orientamento 1).
- Stabilire la priorità e fornire acqua per soddisfare le necessità delle popolazioni colpite (vedere le note di orientamento 2 e 4).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- In ogni abitazione il consumo medio d'acqua per bere, per cucinare, per l'igiene personale è di almeno 15 litri a persona al giorno (vedere le note di orientamento 1-7)
- La distanza massima da ogni abitazione al punto di rifornimento più vicino è di 500 metri (vedere le note di orientamento 1,2,5 e 6)
- Il tempo di attesa alla fonte di acqua non è superiore ai 30 minuti (vedere la nota di orientamento 6)

#### Note di orientamento

- Selezione delle fonti d'acqua:** Per la selezione delle fonti idriche saranno presi in considerazione i seguenti fattori: la disponibilità, la vicinanza e la sostenibilità di un quantitativo idrico sufficiente; qualora sia necessario, il trattamento; la sua praticabilità, inclusi i fattori sociali, politici e giuridici in riferimento alla fonte. Generalmente, le falde acquifere e/o i sistemi di conduzione ad aria sono privilegiati poiché richiedono una minore manutenzione e non necessitano dello scarico. Nei casi di catastrofi naturali, gli approcci e le fonti spesso si combinano nella fase iniziale. Tutte le fonti devono essere regolarmente monitorate per evitare un eccessivo sfruttamento.
- Necessità:** La quantità di acqua necessaria al consumo domestico dipende dal contesto e potrebbe variare in base al clima, alle strutture sanitarie disponibili, alle abitudini delle persone, alle pratiche religiose e culturali, al cibo, all'abbigliamento, e così via. Generalmente, il consumo idrico aumenta quando la sorgente si trova vicino all'abitazione. Laddove possibile, si potrebbero superare i 15 litri di acqua al giorno a persona (l/p/g) per adeguarsi agli standard locali più elevati.

#### Fabbisogno idrico vitale

Bisogni primari: consumo idrico (per bevande e alimenti)	da 2,5 a 3 litri al giorno	Variano a seconda del clima e la fisiologia individuale
2,5 - 3 l/g	2 a 6 litri al giorno	Variabili in base alle norme sociali e culturali
Dipende dal clima e dalla fisiologia individuale	3 a 6 litri al giorno	Variare a seconda del tipo di cibo e norme sociali e culturali
Pratiche igieniche basilari	7,5 a 15 litri al giorno	

Per indicazioni sulle quantità d'acqua minima necessaria alle organizzazioni e per altri utilizzi si veda Allegato 2: Quantitativo idrico minimo per le organizzazioni e altri utilizzi.

Per emergenze legate all'approvvigionamento del bestiame, vedere le note di orientamento e gli Standard per l'Emergenza bestiame (si veda Riferimenti e ulteriori letture).



3. **Misure:** i sondaggi a livello domestico, l'osservazione e le discussioni di gruppo sono i metodi più efficaci per raccogliere informazioni sul consumo e l'utilizzo di acqua rispetto alle misurazioni dell'acqua pompata nell'acquedotto o alle operazioni con la pompa manuali.
4. **Quantità/Copertura:** in casi di disastro, e fin quando gli standard minimi sulla qualità e sulla quantità idrica non sono soddisfatti, la priorità è quella di garantire un accesso equo a una adeguata quantità idrica, anche se di qualità intermedia. Le persone colpite da disastri sono maggiormente vulnerabili alle malattie; di conseguenza, l'accesso idrico e gli indicatori quantitativi devono essere raggiungibili nonostante siano superiori alle consuete norme della popolazione colpita o di quella in cui si stanno svolgendo le suddette indagini. Si dovrebbe prestare particolare attenzione al fine di garantire l'approvvigionamento idrico supplementare da destinare a persone in particolari condizioni di salute e malattie, quali l'HIV e l'AIDS, e per soddisfare il fabbisogno idrico legato al bestiame e alla coltivazione in situazioni di siccità. Per evitare complicazioni, è importante che la copertura di acqua e dei servizi igienici si rivolgano in egual misura alla popolazione ospitante e a quella colpita. (vedere Appendice 2).
5. **Numero massimo di persone per fonte idrica:** il numero di persone per sorgente dipende dalla resa e dalla disponibilità di acqua in ogni fonte. Qui di seguito alcuni dati approssimativi:

250 persone per rubinetto	Sulla base di un flusso pari a 7,5 litri al minuto
500 persone per pompa manuale	Sulla base di un flusso pari a 17 litri al minuto
400 persone per pozzo individuale	Sulla base di un flusso pari a 12,5 litri al minuto

Da tali informazioni si assume che il punto di rifornimento idrico sia accessibile approssimativamente per sole 8 ore al giorno e che durante questo arco di tempo l'approvvigionamento si mantenga costante. Qualora ci sia un maggiore accesso, la popolazione ha la possibilità di rifornirsi di più di 15 litri al giorno. Tali obiettivi devono essere trattati con discrezione poiché il loro raggiungimento non garantisce necessariamente una quantità d'acqua minima e un accesso equo.

6. **Tempo di attesa:** tempi di attesa lunghi sono indicatori di insufficienza idrica a causa di un numero di fonti ridotto o di un inadeguato rendimento. Gli effetti negativi dovuti al lungo tempo di attesa riducono il consumo pro capite, aumentandolo nei luoghi non protetti, e riducono il tempo impiegato per altre attività fondamentali alla sopravvivenza.

7. **Accesso ed equità:** anche se una quantità idrica sufficiente sembra soddisfare i bisogni minimi, per garantire un accesso equo a tutti sono necessarie ulteriori misure. Le fonti di rifornimento devono essere situate in zone accessibili a tutti, a prescindere da, per esempio, genere e sesso o etnia. Alcune pompe manuali e alcuni contenitori mobili dovrebbero essere progettati e adattati per l'utilizzo da parte di persone affette da HIV e AIDS, persone anziane, persone con disabilità e bambini. In situazioni in cui l'acqua è razionata o pompata in determinati momenti, i consumatori, donne beneficiarie comprese, dovrebbero organizzarsi con un piano di consultazione.

### Approvvigionamento idrico Standard 2: Qualità dell'acqua

L'acqua è gradevole e di qualità sufficiente per il consumo in cucina, l'assunzione e l'igiene personale e domestica, senza che essa possa causare danni alla salute.

#### Attività chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Intraprendere una rapida indagine sanitaria e, non appena possibile, attuare un piano per rendere sicura l'acqua alla fonte (vedere le note di orientamento 1-2)
- ▶ Eseguire tutti i passaggi necessari per ridurre al minimo la contaminazione idrica in seguito alla sua distribuzione (vedere le note di orientamento 3-4 e Promozione delle pratiche igieniche Standard 1 a pagina 91)
- ▶ Per l'approvvigionamento idrico tramite tubature, o per tutti gli approvvigionamenti in periodi di alto rischio dissenteria, eseguire la depurazione dell'acqua attraverso metodi disinfettanti in modo che in quella che scorre dai rubinetti resti un residuo di 0,5 mg/l di cloro e che la torbidità rimanga sotto le 5 Unità Nefelometriche. In caso di dissenteria, assicurarsi che ci sia un residuo di cloro al di sopra di 1 mg/l (vedere le note di orientamento 5-8)
- ▶ Laddove è consigliata la depurazione dell'acqua, assicurarsi che questa sia supportata da un'adeguata promozione, formazione e controllo (vedere le note di orientamento 3 e 6).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Non si presentano coliformi fecali ogni 100 ml di acqua al punto di rifornimento e a quello di utilizzo (vedere le note di orientamento 2,4-7)
- ▶ Qualunque metodo di depurazione dell'acqua impiegato a livello domestico riesce a migliorare effettivamente la qualità dell'acqua ed è accompagnato



da un'adeguata formazione, promozione e controllo (vedere le note di orientamento 3-6)

- ▶ Sulla base di apposite valutazioni, l'utilizzo a breve termine di acqua contaminata da sostanze chimiche o fonti radioattive non costituisce un pericolo per la salute (vedere la nota di orientamento 7)
- ▶ I soggetti interessati bevono acqua da fonti e sorgenti protette e depurate piuttosto che da altre fonti d'acqua a disposizione (vedere le note di orientamento 3 e 6)
- ▶ Non ci sono epidemie o malattie dovute o legate all'acqua (vedere le note di orientamento 1-9).

### Note di orientamento

1. **Indagine sanitaria e programma per la sicurezza idrica:** L'indagine sanitaria consiste nella valutazione delle condizioni e delle pratiche che potrebbero costituire un rischio per la salute. Esso comprende tutte le possibili vie di contaminazione dell'acqua alla fonte e a livello domestico, gli escrementi, il drenaggio e la gestione dei rifiuti solidi. Tracciare una mappa di collocazione della comunità è un metodo particolarmente efficace, aiuta a identificare i rischi coinvolgendo la comunità nel trovare sistemi per ridurli. Si noti che, mentre gli escrementi animali non sono nocivi, a differenza di quelli umani, i quali possono contenere micro-organismi come il cryptosporidium, la giardia, la salmonella, il campylobacter, il calicivirus e altre cause comuni di diarrea, che costituiscono un rischio significativo per la salute. L'OMS raccomanda l'attuazione del suo piano di sicurezza per l'acqua (WSP – Water Safety Plan), il quale consiste in un approccio olistico per l'identificazione e la valutazione del rischio, in un piano di miglioramento e aggiornamento, nel monitoraggio delle misure e procedure di controllo, incluso lo sviluppo dei programmi di supporto (vedere Riferimenti ed ulteriori letture).
2. **Qualità microbiologica dell'acqua:** batteri provenienti da coliforme fecale (>99% dei quali sono E. Coli) indicano il livello di contaminazione dei rifiuti umani e animali nell'acqua e la possibile presenza di agenti patogeni nocivi. Se i coliformi fecali sono presenti, l'acqua deve essere trattata.
3. **Promozione di fonti protette:** fornire soltanto fonti protette o acqua depurata avrà poco impatto a meno che le persone non comprendano quali siano i benefici di questo tipo di acqua per la salute e non la utilizzino. Le persone potrebbero preferire fonti non protette come fiumi, laghi e pozzi, per motivi legati al gusto, vicinanza e convenienza. In questi casi, tecnici, promotori dell'igiene e della comunità devono conoscere la logica di queste

preferenze affinché le loro considerazioni possano essere menzionate nelle campagne promozionali e nei dibattiti.

4. **Contaminazione successiva all'approvvigionamento:** l'acqua sicura al momento della fornitura può comunque rappresentare un rischio per la salute a causa di una possibile ricontaminazione durante il processo di raccolta, deposito e drenaggio. Le iniziative che dovrebbero essere intraprese per minimizzare questo rischio includono il miglioramento delle procedure di raccolta e di deposito e la distribuzione di contenitori igienizzati e idonei alla raccolta e al magazzinaggio (vedere Fornitura di acqua standard 3 a pagina 103). L'acqua dovrebbe essere continuamente testata alla fonte di utilizzo al fine di controllare l'estensione di qualunque contaminazione successiva alla consegna.
5. **Disinfezione idrica:** l'acqua dovrebbe essere trattata con un disinfettante residuo come il cloro qualora vi sia un importante rischio di contaminazione successiva. Tale rischio sarà determinato dalle condizioni di insediamento, per esempio la densità della popolazione, dai sistemi di rimozione dei rifiuti, dalle pratiche igieniche e dalla prevalenza di malattie diarroiche. In caso di pericolo o presenza di dissenteria, tutti gli approvvigionamenti idrici dovrebbero essere trattati, sia prima della distribuzione sia a livello domestico. Affinché l'acqua sia depurata correttamente, la torbidezza deve essere al di sotto di 5 NTU, sebbene per utilizzi brevi, l'acqua con torbidezza più alta può essere adeguatamente disinfettata con un dosaggio di cloro doppio dopo il procedimento di filtrazione fin quando il livello di torbidezza non sia diminuito (vedere Appendice 6: Albero delle decisioni per il trattamento e la conservazione dell'acqua per uso domestico).
6. **Depurazione idrica a livello domestico:** se non è possibile utilizzare il sistema centralizzato di depurazione dell'acqua, l'alternativa può essere il trattamento localizzato a livello domestico (PoUWT – Point of Use Water Treatment). Le sue diverse opzioni che dimostrano la riduzione del fenomeno di dissenteria e il miglioramento del livello di qualità microbiologica dell'acqua immagazzinata, includono l'ebollizione, il trattamento con il cloro, la disinfezione solare, filtri in ceramica, la filtrazione lenta a sabbia, e la flocculazione/disinfezione. L'opzione più appropriata per ogni tipo di contesto dipende dall'acqua e dalle condizioni sanitarie, dalla qualità idrica, dall'accettabilità culturale e dalla possibilità di migliorare ognuna delle suddette opzioni. Una depurazione ben riuscita dovrebbe comprendere il rifornimento di materiali e prodotti idonei e di un'altrettanta adeguata preparazione per i suoi destinatari. In una situazione critica si dovrebbe evitare l'installazione di un sistema di depurazione che non è stato sottoposto ad alcun controllo. In zone a rischio previsto si valuta l'installazione di prodotti di depurazione per agevolare una risposta rapida. Bisognerebbe dare la priorità all'utilizzo di



prodotti disponibili a livello locale qualora sia previsto un utilizzo prolungato nella fase successiva al disastro. L'utilizzo efficace del sistema richiede un aggiornamento su base regolare, un supporto e controllo, e dovrebbe essere un prerequisito adottarlo come sistema alternativo di trattamento dell'acqua.

7. **Utilizzo del cloro PoUWT:** il doppio dosaggio di cloro è previsto in caso di una torbidità più alta qualora non vi sia una fonte idrica alternativa. Ciò dovrebbe essere attuato solo per brevi periodi e dopo aver istruito gli utilizzatori a ridurre la torbidità dell'acqua attraverso sistemi di filtrazione, di deposito e di travaso prima della sua depurazione (vedere Appendice 6: Albero delle decisioni per il trattamento e la conservazione dell'acqua per uso domestico).
8. **Contaminazione chimica e radioattiva:** Qualora documentazioni idrogeologiche e attività industriali o militari testimonino la presenza di fattori chimici o radiologi nell'acqua che rappresentano un rischio per la salute, deve essere immediatamente effettuata un'analisi chimica e presa una decisione sul bilancio dei rischi e i benefici per la salute pubblica. Inoltre, sarà valutato l'utilizzo di acqua contaminata nel lungo termine sulla base di un'analisi più approfondita comprendente anche le conseguenze salutari.
9. **Gusto:** il sapore non è di per sé un problema per la salute (l'acqua leggermente salata non costituisce un rischio per la salute), ma se l'acqua pulita non ha un buon sapore, i consumatori potrebbero decidere di bere da altre fonti non sicure, mettendo a rischio la salute. Per evitare che ciò avvenga, si necessita dell'introduzione di attività di promozione delle pratiche igieniche per assicurare l'utilizzo esclusivo di acqua pulita.
10. **Qualità idrica per i centri di salute:** tutta l'acqua per gli ospedali, i centri sanitari e di alimentazione dovrebbe essere trattata con cloro o altro disinfettante residuo. In situazioni in cui l'acqua è probabilmente razionata a causa di una sospensione dell'approvvigionamento, deve essere disponibile una quantità sufficiente nei centri per garantire un continuo approvvigionamento a livelli di utilizzo normali (vedere Appendice 2: Quantitativi minimi di acqua per gli istituti e per altri utilizzi, e Appendice 5: Attività minime relative all'igiene, ai servizi igienico-sanitari e all'isolamento per i centri di trattamento del colera (CTC)).

### Fornitura di acqua standard 3: Servizi

Gli individui dispongono dei mezzi adatti a raccogliere, immagazzinare e utilizzare quantità idriche sufficienti per bere, cucinare e per l'igiene personale, e per assicurare che l'acqua potabile rimanga pulita fino a quando non sarà consumata.

#### Attività chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Fornire alle popolazioni colpite strutture adeguate per la raccolta e la conservazione dell'acqua (vedere la nota di orientamento 1 e Promozione delle pratiche igieniche standard 2 a pagina 94)
- ▶ Incoraggiare attivamente la partecipazione degli individui colpiti e le persone vulnerabili per la localizzazione e realizzazione di fonti d'acqua e per la costruzione di lavanderie e strutture per l'igiene personale (vedere la nota di orientamento 2)
- ▶ Nei punti di approvvigionamento e alle lavanderie comuni, aggiungere bacinelle d'acqua riservate e aree dove le donne possono lavare e asciugare la biancheria e gli indumenti igienici (vedere la nota di orientamento 2 e Promozione delle pratiche igieniche standard 2 a pag. 94).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Ciascuna abitazione possiede almeno due contenitori da 10-20 litri d'acqua pulita ciascuno, uno per conservarla e l'altro per il trasporto (vedere la nota di orientamento 1 e Promozione delle pratiche igieniche standard 2, nota di orientamento 1 a pagina 95)
- ▶ I contenitori per la conservazione e il magazzinaggio dell'acqua hanno colli stretti e/o coperchi per i secchi o altri metodi di stoccaggio, di raccolta sicura e di gestione, e sono utilizzati in maniera chiara (vedere la nota di orientamento 1).
- ▶ Vi è almeno un lavabo ogni 100 persone e, per le donne, sono messe a disposizione aree riservate. Una quantità d'acqua sufficiente per lavarsi e lavare è resa disponibile (vedere la nota di orientamento 2)
- ▶ L'acqua a livello domestico è sempre priva di contaminazione (vedere la nota di orientamento 1)
- ▶ Tutte le persone sono soddisfatte delle adeguate strutture che hanno a disposizione per la raccolta, il magazzinaggio dell'acqua, per fare il bagno, lavarsi le mani e per il bucato (vedere la nota 2)



- E' assicurata la regolare manutenzione dei sistemi installati e delle strutture e i beneficiari vi prendono parte se possibile (vedere la nota di orientamento 3).

### Note di orientamento

1. **Raccolta e magazzinaggio dell'acqua:** gli individui necessitano di recipienti per raccogliere, contenere e potere utilizzare l'acqua potabile, per cucinare, per detergere e lavarsi. I contenitori dovrebbero essere puliti, igienici, facili da trasportare e adatti ai bisogni locali e alle tradizioni in termini di misura, forma e struttura. I bambini, le persone con disabilità, le persone anziane e le persone affette da HIV e AIDS, potrebbero aver bisogno di recipienti più piccoli o appositamente realizzati per il trasporto. La capacità del recipiente dipende dalla misura dell'abitazione e dalla disponibilità idrica stessa, per esempio quattro litri a persona risultano appropriati in situazioni di costante approvvigionamento giornaliero. La promozione e il controllo di raccolta, il magazzinaggio e l'estrazione sicura, costituiscono un'opportunità per discutere delle questioni di contaminazione idrica con le persone più vulnerabili, specialmente donne e bambini.
2. **Strutture comuni per la detersione:** gli individui necessitano di spazi dove potersi lavare in privato e in maniera dignitosa. Se ciò non è possibile nelle abitazioni domestiche, occorrono strutture centrali separate per uomini e donne. Se il sapone non è disponibile, sono messe a disposizione alternative tra le più classiche, per esempio la cenere, la sabbia, il bicarbonato, o alcuni tipi di piante ideali per lavarsi e per esfoliare. Pulire i vestiti, in particolare quelli dei bambini, è importante per l'igiene; anche le stoviglie devono essere lavate. Il numero, la collocazione, la struttura, la sicurezza, l'adeguatezza e la comodità di queste strutture dovrebbero essere accordate con gli utilizzatori, in particolare le donne, le ragazze e le persone con disabilità. La loro posizione in zone facilmente accessibili e ben illuminate nelle zone circostanti può contribuire a garantire la sicurezza degli utilizzatori.
3. **Manutenzione dei sistemi idrici:** la popolazione colpita è dotata di tutti i mezzi necessari per mantenere e sostenere i sistemi forniti.

## 4. Smaltimento degli escrementi

Il sicuro smaltimento degli escrementi umani costituisce il primo impedimento alla generazione di malattie, aiutando a ridurre la trasmissione attraverso canali diretti o indiretti. Lo smaltimento sicuro è quindi una priorità fondamentale e nella maggior parte delle situazioni di disastro andrebbe affrontato con lo stesso tempestività e sforzo del sistema di approvvigionamento idrico. La fornitura di adeguati servizi costituisce una delle numerose fondamentali risposte umanitarie per la dignità umana, la sicurezza, la salute e il benessere.

### Smaltimento degli escrementi standard 1: Ambiente privo di escrementi umani

L'ambiente in generale e particolarmente quello domestico, le zone di produzione alimentare, le aree pubbliche e i dintorni adibiti al rifornimento d'acqua potabile sono esenti dalla contaminazione fecale umana.

### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- Implementare immediatamente le misure di contenimento degli escrementi (vedere la nota di orientamento 1)
- Consultare rapidamente le popolazioni colpite circa lo smaltimento sicuro degli escrementi e le pratiche igieniche (Promozione delle pratiche igieniche standard 1, note di orientamento 1-6 a pagina 92-93)
- Effettuare una campagna di promozione delle pratiche igieniche coordinata sul sicuro smaltimento degli escrementi e sull'utilizzo di strutture adeguate (si vedano Promozione delle pratiche igieniche standard 1, note di orientamento 1-6 a pagina 92-93)

### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- L'ambiente in cui vive la popolazione colpita è libero dagli escrementi umani (vedere le note di orientamento 1-2)



- ▶ Tutte le misure di contenimento degli escrementi, per esempio latrine e pozzi, si trovano ad almeno 30 metri di distanza dalla fonte d'acqua freatica. Il fondo di ciascuna latrina è di almeno 1,5 metri al di sopra della falda acquifera (vedere la nota di orientamento 3)
- ▶ In casi di inondazione o in cui il livello d'acqua è alto, sono intraprese adeguate misure per affrontare il problema della contaminazione dell'acqua freatica (vedere la nota di orientamento 3)
- ▶ Il drenaggio o le fuoriuscite dai sistemi defecazione non contamina le acque in superficie o le fonti d'acqua freatica poco profonde (vedere la nota di orientamento 3)
- ▶ I servizi sono utilizzati nella maniera più igienica possibile e gli escrementi dei bambini sono smaltiti immediatamente e igienicamente (vedere la nota di orientamento 4)

### Note di orientamento

1. **Smaltimento sicuro degli escrementi:** lo smaltimento sicuro degli escrementi serve a mantenere l'ambiente libero dagli escrementi umani incontrollati e sparsi. In seguito a un disastro e mentre è attuato il piano di gestione degli escrementi, bisogna implementare la campagna di pulizia, demarcare e delimitare le zone di defecazione, installare e costruire servizi comuni. In base al contesto, risulta più efficace un approccio graduale per risolvere il problema dell'igiene. Inoltre, coinvolgere tutti i gruppi della popolazione colpita nella realizzazione delle attività legate allo smaltimento sicuro. Qualora la popolazione colpita non avesse per tradizione utilizzato i servizi, sarà necessario condurre una campagna coordinata di promozione delle pratiche igieniche in modo da incentivare lo smaltimento e creare una nuova domanda per ulteriori servizi igienici. Nei disastri urbani, dove potrebbero esserci danni ai sistemi di fognatura, valutare la situazione e prendere in considerazione l'installazione di servizi mobili o di utilizzare fosse settiche che possano essere regolarmente rimosse. Particolare attenzione dovrebbe essere dedicata alla rimozione, al trasferimento e allo smaltimento finale dei detriti.
2. **Aree di defecazione:** nella fase iniziale e dove vi è spazio disponibile, tracciare una zona di defecazione e costruirvi le fosse. Ciò funzionerà solo se l'area sarà gestita correttamente e mantenuta e se la popolazione colpita comprende effettivamente l'importanza di utilizzare le strutture fornite e dove sono situate.
3. **Distanza dei sistemi di defecazione dalle fonti idriche:** la distanza delle fosse, delle latrine e/o dei servizi igienici da fonti idriche dovrebbe essere di almeno 30 metri e il fondo delle fosse di almeno 1,5 metri al di sopra dell'acqua freatica. Tali distanze devono essere aumentate per evitare il calcare e diminuite per il suolo a grana fine. Nel caso di alcune risposte umanitarie, l'inquinamento dell'acqua freatica non è un problema urgente se essa non è utilizzata per bere. Deve invece essere depurata l'acqua per utilizzo domestico o per altre funzioni

(vedere Fornitura di acqua standard 1, nota di orientamento 6 a pagina 102). Nelle zone di inondazione o di alto livello d'acqua, potrebbe essere necessario costruire servizi igienici elevati o fosse settiche per contenere gli escrementi e prevenire la contaminazione dell'ambiente che le prime possono provocare. E' inoltre obbligatorio che il drenaggio e il versamento dalle fosse settiche non contaminino le fonti d'acqua superficiali o freatiche.

4. **Contenimento degli escrementi dei bambini:** poiché sono più pericolosi di quelli degli adulti, dedicare particolare attenzione allo smaltimento degli escrementi dei bambini (le infezioni degli escrementi correlata ai bambini è spesso più alta ed essi potrebbero non aver ancora sviluppato le difese immunitarie). Bisognerebbe fornire ai genitori e agli infermieri tutte le informazioni necessarie circa lo smaltimento sicuro degli escrementi dei bambini, le pratiche di pulizia e l'utilizzo dei pannolini, i vasini o le palette per gestire efficacemente lo smaltimento sicuro.

### Smaltimento degli escrementi standard 2: Servizi igienici adeguati e appropriati

La popolazione dispone di servizi igienici adeguati, appropriati e accettabili, sufficientemente vicini alle loro abitazioni, per consentire un accesso rapido, sicuro e protetto, 24 ore su 24.

### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Consultare e assicurarsi che tutti gli utilizzatori (in particolare donne e persone con mobilità ridotta) approvino la collocazione, il progetto e l'adeguatezza dei servizi igienici (si vedano le note di orientamento 1-4 e i Principi di Protezione 1-2 a pagina 33-36)
- ▶ Fornire alla popolazione colpita gli strumenti, i mezzi e i materiali per costruire, mantenere e pulire i servizi igienici a loro disposizione (vedere le note di orientamento 6-7)
- ▶ Fornire un adeguato approvvigionamento idrico per lavarsi le mani e per i servizi con il getto e/o con meccanismi igienici sigillanti, e fornire inoltre adeguati prodotti detergenti da utilizzare nelle latrine (vedere le note di orientamento 7-8).

### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ I servizi igienici sono adeguatamente progettati, costruiti e disposti a soddisfare i seguenti requisiti:



- Possono essere usati in maniera sicura da tutti, compresi i bambini, le persone anziane, le donne in gravidanza e le persone con disabilità (si veda la nota di orientamento 1)
  - Sono situati in modo tale da ridurre i rischi per la sicurezza, particolarmente per le donne e le ragazze, 24 ore su 24 (vedere la nota di orientamento 3 e il Principio di Protezione 1, note di orientamento 1-6 a pagina 33-34)
  - Forniscono un grado di riservatezza conforme alle norme vigenti degli utilizzatori (vedere la nota di orientamento 3)
  - Sono facili da utilizzare e da mantenere puliti e non presentano rischi per l'ambiente. In base al contesto, i servizi sono adeguatamente provvisti di acqua per il lavaggio a mano e/o per lo scarico (vedere le note di orientamento 7-8)
  - Dispongono del materiale necessario per l'igiene mestruale e forniscono alle donne tutto il necessario per il lavaggio e l'asciugatura di tale materiale (si veda la nota di orientamento 9)
  - Prevedono la riproduzione di mosche e zanzare (vedere la nota di orientamento 7)
  - Sono provvisti dei meccanismi necessari a smontare e trasportare i servizi qualora questi ultimi siano sigillati o utilizzati per lunghi periodi e si presenti la necessità di svuotarli (vedere la nota di orientamento 11)
  - In caso di inondazioni o di alta falda, le fosse o i contenitori sono sufficientemente resistenti da ridurre la contaminazione dell'acqua freatica (si veda la nota di orientamento 11).
- ▶ Ogni servizio è utilizzato da un massimo di 20 persone (vedere le note di orientamento 1-4 e Appendice 3: Numero minimo di servizi igienici in luoghi ed enti pubblici in situazioni di disastro)
  - ▶ Sono disponibili nei luoghi pubblici, quali mercati, aree di distribuzione, centri sanitari, scuole e così via, servizi igienici separati per uomini e donne con chiusura dall'interno (vedere la nota di orientamento 2 e i Principi di Protezione 1-2 a pagina 33-36)
  - ▶ I servizi non devono trovarsi a più di 50 metri dalle abitazioni (vedere la nota di orientamento 5)
  - ▶ L'utilizzo dei servizi è gestito dalle famiglie e/o diviso per genere (si vedano le note di orientamento 2-5)
  - ▶ Tutta la popolazione colpita è soddisfatta dei procedimenti di consultazione e dei servizi igienici forniti e, di conseguenza, ne fa un utilizzo appropriato (vedere le note di orientamento 1-10)
  - ▶ La popolazione si deterge le mani dopo aver utilizzato i servizi, prima dei pasti e di cucinare (si veda la nota di orientamento 8)

## Note di orientamento

1. **Servizi accettabili:** il successo dei piani di smaltimento dipende dalla comprensione dei diversi bisogni della popolazione e dalla loro partecipazione. Potrebbe non essere possibile realizzare servizi soddisfacenti per tutti. Potrebbe essere necessario costruire bagni speciali per i bambini, le persone anziane, le persone con disabilità, quindi gabinetti con sedili o corrimano o vasini. Il tipo di struttura igienica adottata dipende dal periodo di intervento, dalle preferenze e dalle abitudini degli utilizzatori, dalle infrastrutture esistenti, dalla disponibilità idrica, dalla conformazione del territorio e dalla disponibilità dei materiali da costruzione. Di seguito sono elencati diversi tipi di smaltimento nelle fasi di risposta.

### Opzioni per lo smaltimento sicuro degli escrementi

	Tipo di smaltimento sicuro	Note sull'applicazione
1	Area di defecazione delimitata (per esempio con segmenti telonati)	Prima fase: i primi due o tre giorni in cui un elevato numero di persone necessita di strutture immediate
2	Latrine	Prima fase: fino a due mesi
3	Fosse	Progetto a lungo termine
4	Latrine con ventilazione	Medio - lunga risposta sulla base del contesto
5	Misure igieniche ecologiche con deviazione dell'urina	In base al contesto: in risposta a casi di inondazione e di alto livello d'acqua, da inizio o medio fino a lungo lungo termine
6	Contenitori settici	Medio - lungo termine

2. **Servizi pubblici:** nei luoghi pubblici, i servizi dispongono di sistemi attuati per una corretta e regolare pulizia e manutenzione. I dati sulla popolazione sono utilizzati per calcolare il numero degli spazi per le donne rispetto a quello degli uomini, attraverso una proporzione approssimativa pari a 3:1. Se possibile, dovrebbero essere messi a disposizione degli orinatoi (vedere Appendice 3: Numero minimo di sanitari presso i luoghi ed enti pubblici nelle situazioni di disastro).
3. **Servizi per famiglie:** sono quelli da preferire, possibilmente. L'obiettivo dovrebbe essere un servizio per un massimo di 20 persone. Laddove non vi siano servizi a disposizione, è possibile cominciare con uno per 50 persone e ridurre il numero a 20 il prima possibile. In alcune situazioni, le restrizioni dello spazio disponibile rendono impossibile raggiungere questi traguardi. In tali



casi, adoperarsi per ottenere ulteriori spazi. Tuttavia, si ricorda che l'obiettivo principale è quello di garantire e mantenere un ambiente privo di feci umane.

4. **Servizi igienici in comune:** le famiglie dovrebbero essere consultate per l'ubicazione, il progetto, e per il sistema di pulizia e manutenzione di detti servizi condivisi. In genere, è preferibile fare uso di servizi puliti. Deve essere garantito un accesso facile ai servizi alle persone affette da malattie croniche quali l'HIV e l'AIDS, un quanto esse soffrono spesso di diarrea cronica e hanno mobilità ridotta.
5. **Strutture sicure:** l'inadeguata ubicazione dei servizi rende le donne e le ragazze più vulnerabili ai rischi esterni, specialmente durante la notte. Assicurarsi che le donne e le ragazze si sentano e siano sicure quando utilizzano i bagni. Se possibile, i bagni dovrebbero essere provvisti di illuminazione, o le abitazioni provviste di torce. Il contributo da parte della comunità si ricerca in riferimento alla possibilità di migliorare la sicurezza degli utilizzatori dei servizi (vedere i Principi di Protezione 1-2 a pag. 33-36).
6. **Utilizzo di materiali e di strumenti da costruzione:** è fortemente raccomandato l'utilizzo di materiale disponibile localmente per la realizzazione dei servizi. Questo impegna la popolazione colpita all'utilizzo e alla manutenzione delle strutture. Anche la distribuzione degli strumenti edili aiuta a raggiungere questo stesso obiettivo.
7. **Acqua e materiale per l'igiene intima:** l'acqua erogata nei servizi dovrebbe avere il getto o altrimenti sistemi di sigillatura. Risulta necessario anche disporre i servizi di carta igienica o di altro materiale finalizzato all'igiene intima. I soggetti interessati dovrebbero essere informati sui materiali più appropriati per pulirsi e sul loro smaltimento sicuro.
8. **Pulizia delle mani:** le persone dovrebbero disporre di sapone o articoli simili (per esempio la cenere) per pulirsi le mani dopo aver utilizzato i servizi, dopo aver pulito un bambino che ha usufruito dei servizi, e prima di mangiare e cucinare. Per questo vicino ai servizi deve essere presente una fonte d'acqua costante.
9. **Ciclo mestruale:** le donne e le ragazze dovrebbero avere gli articoli necessari per il ciclo mestruale ed essere informate su quanto è più adatto a loro. I servizi devono disporre di assorbenti o di strutture adibite per lavarsi (vedere Promozione delle pratiche igieniche standard 2, note di orientamento 2 e 8 a pagina 95-96).
10. **Rimozione:** se opportuno e, a seconda dei bisogni, deve essere considerata fin dall'inizio la rimozione dei contenitori degli escrementi e delle cisterne dei servizi igienici/fosse settiche, compresa l'ubicazione del punto finale di smaltimento delle acque reflue.

11. **Servizi igienici in circostanze complesse:** in caso di inondazioni o calamità urbane, risulta generalmente più difficile disporre di strutture sanitarie. In queste situazioni, è necessario prendere in considerazione i sistemi di raccolta dei rifiuti umani, come i bagni rialzati, i dispositivi di deviazione dell'urina, le taniche di raccoglimento e i sistemi di smaltimento. Tali metodi devono essere sostenuti da attività finalizzate alla promozione delle pratiche igieniche.



## 5. Controllo vettoriale

Un vettore è un agente patogeno e le malattie trasmesse dai vettori sono una causa importante di infezione e decesso in molte situazioni di disastro. Le zanzare sono i vettori responsabili del contagio della malaria, che è una delle principali cause di morbilità e mortalità. Esse trasmettono anche altre malattie, come la febbre gialla, la dengue e quella emorragica. Le mosche che non pungono o sinantropiche, come la mosca domestica, il moscone e la mosca della carne, svolgono un ruolo importante nel contagio delle malattie diarroiche. Le mosche che pungono, le cimici e le pulci arrecano fastidi dolorosi e, in alcuni casi, trasmettono malattie gravi come il tifo murino, la scabbia e la peste. Le zecche trasmettono la febbre ricorrente, mentre i pidocchi del corpo il tifo e la febbre ricorrente. I ratti e i topi possono trasmettere malattie, come la leptospirosi e la salmonellosi, e possono essere ospiti per altri vettori, per esempio le pulci, che a loro volta possono trasmettere la febbre di Lassa, la peste e altre infezioni.

È possibile controllare le malattie a contagio dei vettori attraverso una molteplicità di iniziative, le quali includono la selezione di siti appropriati e la fornitura di alloggi, l'approvvigionamento idrico, lo smaltimento degli escrementi, la gestione e il drenaggio dei rifiuti solidi, la fornitura di servizi sanitari (che comprende la mobilitazione della comunità e la promozione della salute), l'utilizzo di controlli chimici, la protezione a livello familiare e individuale e una protezione efficace dei depositi alimentari. La natura delle malattie a trasmissione dei vettori è spesso complessa e affrontare i problemi relativi ai vettori potrebbe richiedere cure specialistiche. In ogni caso, spesso si può prevenire la diffusione di tali malattie adottando misure semplici ed efficaci, una volta che la malattia, il suo vettore e la loro interazione con la popolazione sono stati identificati.

### Controllo dei vettori standard 1: Protezione individuale e familiare

Ogni individuo colpito dal disastro ha la conoscenza e i mezzi per proteggersi dai vettori di malattie e fastidi, i quali potrebbero esporre la salute o il benessere a rischi significativi.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Aumentare la consapevolezza di tutte le persone colpite e a rischio di malattie a trasmissione vettoriale sulle possibili cause, i metodi di trasmissione e i possibili metodi di prevenzione (vedere le note di orientamento 1-5).
- ▶ Aiutare la popolazione colpita a evitare l'esposizione alle zanzare durante gli orari critici utilizzando tutti i mezzi non nocivi (come zanzariere da letto, lozioni repellenti, e così via) a loro disposizione (vedere la nota di orientamento 3).
- ▶ Prestare particolare attenzione alla protezione dei gruppi ad alto rischio come le donne in gravidanza e in allattamento, i neonati, i bambini, gli anziani, le persone con mobilità ridotta e i malati (vedere la nota di orientamento 3).
- ▶ Effettuare il controllo dei pidocchi del corpo umano se compare la minaccia di tifo esantematico o di febbre ricorrente (vedere la nota di orientamento 4).
- ▶ Assicurarsi che la biancheria da letto e gli abiti siano esposti all'aria e lavati regolarmente (vedere la nota di orientamento 4).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Tutte le persone hanno accesso a rifugi che non ospitano o incoraggiano il proliferare dei vettori e sono protetti da misure appropriate per il controllo (vedere le note di orientamento 3-5).
- ▶ Tutte le popolazioni a rischio di malattie a trasmissione vettoriale conoscono le modalità di trasmissione e agiscono per proteggersi (vedere le note di orientamento 1-5).
- ▶ Tutte le persone fornite di zanzariere trattate con insetticida sanno utilizzarle in maniera efficace (vedere la nota di orientamento 3).
- ▶ Tutto il cibo immagazzinato per nucleo abitativo è protetto dalla contaminazione di vettori come le mosche, gli insetti e i roditori (vedere la nota di orientamento 4).



## Note di orientamento

**12. Definire il rischio di malattie a trasmissione vettoriale:** le decisioni sugli interventi di controllo dei vettori dovrebbero basarsi su una valutazione del rischio potenziale di malattie e sull'evidenza clinica del problema. I fattori che influenzano questo rischio includono:

- Stato immunitario della popolazione, che comprende: una precedente esposizione, lo stress nutrizionale e altri tipi di stress. Una delle cause comuni di epidemie sono gli spostamenti di persone (per esempio, rifugiati e profughi) da un'area non endemica a una endemica
- Tipologia di agente patogeno e prevalenza, sia nei vettori sia negli esseri umani
- Specie dei vettori, comportamenti ed ecologia
- Numero dei vettori (stagione, siti di riproduzione, e così via)
- Maggiore esposizione ai vettori: prossimità, modello di insediamento, tipo di rifugi, misure di protezione individuale e di prevenzione esistenti.

**13. Indicatori per i programmi di controllo vettoriale:** gli indicatori comunemente utilizzati per misurare l'impatto delle attività di controllo dei vettori sono il tasso d'incidenza delle malattie a trasmissione vettoriale (dati epidemiologici, dati su base comunitaria e indicatori indiretti, a seconda della risposta) e il conteggio dei parassiti (utilizzando kit per la diagnosi rapida o microscopio).

**14. Misure di protezione individuale contro la malaria:** se si presenta un rischio significativo di malaria, è raccomandata la disposizione sistematica e tempestiva di misure di protezione, quali materiali trattati con insetticida, per esempio, tendoni, tende e zanzariere. Le zanzariere impregnate hanno il vantaggio di fornire protezione anche contro i pidocchi del corpo, pulci, zecche, scarafaggi e cimici. Abbigliamento a maniche lunghe, fumiganti per la casa, zampironi, spray e repellenti sono tra gli altri metodi di protezione che possono essere utilizzati contro le zanzare. È fondamentale assicurarsi che gli individui comprendano l'importanza della protezione e come utilizzare gli strumenti correttamente, in modo che le misure di protezione siano efficaci. Laddove vi siano scarse risorse, queste dovrebbero essere indirizzate agli individui e ai gruppi maggiormente a rischio, come i bambini sotto i 5 anni di età, le persone non immuni e le donne in gravidanza.

**15. Misure di protezione individuale per altri vettori:** una buona igiene personale e lavaggio regolare di abiti e biancheria da letto sono le più efficaci misure di protezione contro i pidocchi. Le infestazioni possono essere controllate tramite il trattamento personale (polverizzazione), i sistemi di pulizia collettiva o disinfezione di massa tramite i protocolli per il trattamento non appena

nuovi rifugiati raggiungono l'insediamento. Un ambiente domestico pulito, insieme a una buona gestione dei rifiuti e una buona conservazione degli alimenti (cotti e crudi), dissuaderà ratti, altri roditori e insetti (come gli scarafaggi) dall'entrare nelle abitazioni o nei rifugi.

**16. Malattie portate dall'acqua:** le persone devono essere informate dei rischi per la salute e dovrebbero evitare di immergersi in acque dove è noto il rischio di contrarre malattie come la schistosomiasi, il verme della Guinea o leptospirosi (trasmesse con l'esposizione all'urina dei mammiferi, specialmente dei topi, si veda Appendice 4: Malattie legate all'acqua e agli escrementi e meccanismi di trasmissione). Le organizzazioni potrebbero necessitare di cooperare con la popolazione colpita per trovare fonti idriche alternative per assicurarsi che l'acqua per tutti gli utilizzi sia trattata in maniera appropriata.

### Controllo dei vettori standard 2: Misure di protezione fisica, ambientale e chimica

L'ambiente in cui si trovano le persone colpite dal disastro non le espone a vettori patogeni e portatori di fastidi e tali vettori sono mantenuti ad un livello ridotto, laddove possibile.

### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Stabilire le popolazioni sfollate in luoghi che minimizzano la loro esposizione ai vettori, specialmente alle zanzare (vedere la nota di orientamento 1).
- ▶ Liberare e/o mutare i siti di riproduzione e di riposo dei vettori, possibilmente (vedere le note di orientamento 2-4).
- ▶ Intraprendere un controllo intensivo delle mosche negli insediamenti ad alta densità quando compare il rischio o la presenza di un'epidemia di diarrea (vedere la nota di orientamento 2).
- ▶ Fornire meccanismi di rinvio funzionanti per le persone infette da malaria per permettere la diagnosi precoce e il trattamento (vedere la nota di orientamento 5).

### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ La densità della popolazione di zanzare è tenuta bassa per evitare il rischio di eccessivi livelli di trasmissione e infezione (vedere la nota di orientamento 4).
- ▶ Meno persone sono colpite da problemi di salute legati ai vettori (vedere le note di orientamento 1-5).



## Note di orientamento

1. **La selezione dei siti** è importante per minimizzare l'esposizione della popolazione colpita al rischio di malattie a trasmissione vettoriale, ed è fondamentale quando si valutano le possibili aree. Per quanto riguarda il controllo della malaria, per esempio, i campi dovrebbero essere situati a 1-2 chilometri sopravvento rispetto ai siti di riproduzione, quali paludi o laghi, quando è possibile disporre di fonte idrica pulita aggiuntiva (si veda Rifugi e insediamenti standard 2, note di orientamento 5-9 a pagina 256-257).
2. **Controllo ambientale e chimico dei vettori:** ci sono numerose misure d'ingegneria ambientale che possono essere adottate per ridurre le possibilità di riproduzione dei vettori. Queste includono il corretto smaltimento degli escrementi umani e animali (vedere la sezione Smaltimento degli escrementi a pagina 105), corretto smaltimento dei rifiuti al fine di controllare mosche e roditori (vedere la sezione Gestione dei rifiuti solidi a pagina 117), drenaggio dell'acqua stagnante e rimozione della copertura vegetale indesiderata attorno ai canali aperti e agli stagni al fine di controllare le zanzare (vedere la sezione Drenaggio a pagina 121). Tali misure di salute ambientale prioritarie avranno un certo impatto sulla densità di popolazione di alcuni vettori. Potrebbe non essere possibile avere un sufficiente impatto su tutti i siti di riproduzione, di alimentazione e di riposo all'interno di un insediamento o nei suoi pressi, anche a lungo termine, e potrebbero essere richieste misure di controllo chimico localizzate o misure di protezione individuale. Per esempio, la nebulizzazione delle aree infette potrebbe ridurre il numero di mosche adulte e prevenire un'epidemia di diarrea, o potrebbe aiutare a minimizzare il carico della malattia se impiegata durante un'epidemia.
3. **Progettare una risposta:** i programmi di controllo dei vettori potrebbero non avere nessun impatto sulla malattia se non sono indirizzati al giusto vettore, se utilizzano metodi inefficaci o se sono indirizzati al vettore giusto ma nel luogo sbagliato al momento sbagliato. I programmi di controllo dovrebbero inizialmente mirare a perseguire i seguenti obiettivi: ridurre la densità della popolazione dei vettori; ridurre il contatto tra esseri umani e vettori; ridurre i siti di riproduzione dei vettori. I programmi eseguiti in modo errato possono essere controproducenti. Sono necessari uno studio dettagliato e, spesso, il parere di un esperto, i quali dovrebbero essere ricercati dalle organizzazioni sanitarie nazionali e internazionali. Inoltre, occorre un parere del luogo sulle forme locali della malattia, i siti di riproduzione, le variazioni stagionali nel numero dei vettori e l'incidenza delle malattie, e così via.
4. **Controllo ambientale delle zanzare:** il controllo ambientale ha lo scopo primario di eliminare i siti di riproduzione delle zanzare. Le tre principali specie di zanzare responsabili per la trasmissione di malattie sono *Culex* (filariosi), *Anopheles* (malaria e filariosi) e *Aedes* (febbre gialla ed emorragica). Le zanzare

*Culex* si riproducono nell'acqua stagnante carica di materiale organico, come le latrine; le *Anopheles* in superfici d'acqua relativamente non inquinate, come le pozzanghere, i ruscelli che scorrono lentamente e i pozzi; e le *Aedes* nei ricettacoli d'acqua, quali bottiglie, secchi, pneumatici, e così via. Esempi di controllo ambientale delle zanzare includono: buon drenaggio, latrine a ventilazione migliorata (o latrine VIP) mantenendo coperchi sui fori delle latrine a fossa e sui contenitori idrici, tenere coperti i pozzi e/o trattarli con larvicidi (per esempio, per le aree dove la febbre dengue è endemica).

5. **Trattamento della malaria:** le strategie di controllo della malaria che mirano a ridurre la densità della popolazione di zanzare devono essere intraprese in contemporanea con la diagnosi precoce e il trattamento con antimalarici efficaci. Tali strategie includono l'eliminazione dei siti di riproduzione, la riduzione del tasso di sopravvivenza giornaliera delle zanzare e la limitazione dell'abitudine di pungere gli esseri umani. Si devono avviare e sostenere campagne per incoraggiare la diagnosi precoce e il trattamento. Un approccio integrato, che combini la ricerca attiva dei casi tramite collaboratori qualificati e il trattamento con antimalarici efficaci, garantisce la riduzione del carico della malaria rispetto alla passiva individuazione dei casi tramite i servizi sanitari centralizzati (vedere Servizi sanitari essenziali per la salute 2: controllo delle malattie trasmissibili e nota di orientamento 3 a pagina 315).

### Controllo dei vettori standard 3: Sicurezza del controllo chimico

Le misure di controllo chimico dei vettori sono eseguite per garantire un'adeguata protezione per il personale, la popolazione colpita dal disastro e l'ambiente locale per evitare la resistenza chimica alle sostanze utilizzate.

### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- Proteggere il personale che manipola agenti chimici informandolo, fornendogli indumenti protettivi, strutture igieniche e limitando il numero di ore che trascorrono a contatto con gli agenti chimici (vedere la nota di orientamento 1).
- Informare la popolazione colpita dal disastro circa i potenziali rischi delle sostanze utilizzate nel controllo chimico dei vettori e circa gli orari di trattamento. Fornire protezione alla popolazione sia durante sia dopo il trattamento con veleni e pesticidi, secondo le procedure internazionalmente riconosciute (vedere la nota di orientamento 1).



**Indicatori chiave** (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Nella scelta della qualità sono seguiti standard e norme internazionalmente accettate dello stoccaggio e del trasporto degli agenti chimici per le misure di controllo vettoriale. Non è riportata o osservata alcuna reazione avversa agli agenti chimici per il controllo dei vettori (vedere la nota di orientamento 1).
- ▶ Sono sempre valutati tutti gli agenti chimici per il controllo dei vettori (vedere la nota di orientamento 1).

**Nota di orientamento**

1. **Protocolli nazionali e internazionali:** ci si deve sempre attenere ai protocolli e norme internazionali, pubblicati dall'OMS. Tali protocolli trattano sia della scelta sia dell'impiego degli agenti chimici per il controllo dei vettori, i quali includono la protezione del personale e i requisiti formativi. Le misure per il controllo dei vettori dovrebbero affrontare due questioni principali: efficacia e sicurezza. Se le norme nazionali riguardanti la scelta degli agenti chimici non sono conformi agli standard internazionali, con un impatto minimo o nullo o pericoloso per la salute e la sicurezza, allora l'organizzazione dovrebbe consultare e fare pressione sull'autorità nazionale pertinente per ottenere il permesso di conformarsi agli standard internazionali.

## 6. La gestione dei rifiuti solidi

La gestione dei rifiuti solidi è quel processo di trattamento e smaltimento dei rifiuti solidi organici e pericolosi i quali, se eliminati inadeguatamente, possono causare problemi alla salute della popolazione colpita e avere un impatto negativo sull'ambiente circostante.

Tali rischi possono derivare dalla riproduzione di mosche e roditori che si depositano sui rifiuti (vedere la sezione sul controllo dei vettori a pagina 111) e dall'inquinamento dell'acqua di superficie e freatica a causa del percolato sia di origine da rifiuti domestici sia da rifiuti clinici o industriali. I rifiuti solidi non raccolti e accumulati insieme ai detriti dopo un disastro creano un ambiente sgradevole e deprimente, che può scoraggiare gli sforzi diretti al miglioramento di altri aspetti della salute ambientale. I rifiuti solidi spesso ostruiscono i canali di drenaggio e portano a un incremento dei rischi di allagamenti, provocando problemi di salute ambientale connessi alle acque di superficie stagnanti e inquinate. I raccoglitori di rifiuti, i quali percepiscono piccoli guadagni attraverso la raccolta di materiali riciclabili nelle discariche, potrebbero essere esposti al rischio di malattie infettive a causa dei rifiuti sanitari insieme a quelli domestici.

**Gestione dei rifiuti solidi standard 1: raccolta e smaltimento**

L'ambiente in cui abita la popolazione colpita non è disseminato da rifiuti solidi, compresi i rifiuti sanitari, e possiede i mezzi per smaltire i rifiuti in maniera opportuna ed efficace.

**Azioni chiave** (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Coinvolgere la popolazione colpita nella progettazione e nella messa in pratica del programma di smaltimento dei rifiuti solidi (vedere la nota di orientamento 1)
- ▶ Organizzare periodiche campagne di pulizia dei rifiuti solidi (vedere la nota di orientamento 1)



- ▶ Considerare l'importanza delle piccole iniziative o del profitto aggiuntivo ricavato dal riciclaggio (vedere la nota di orientamento 3)
- ▶ Insieme alla popolazione colpita, assicurarsi di realizzare un processo di raccolta dei rifiuti in appositi contenitori che dovranno successivamente essere bruciati o sotterrati in fosse specifiche, e di differenziazione dei rifiuti sanitari o di altri rifiuti nocivi (vedere la nota di orientamento 3)
- ▶ Rimuovere i rifiuti dagli insediamenti prima che questi diventino un rischio o un fastidio (vedere le note di orientamento 2-6)
- ▶ Fornire alle famiglie ospitanti ulteriori sistemi di raccolta e magazzinaggio dei rifiuti che riflettano l'accumulo aggiuntivo dei rifiuti in situazioni di disastro
- ▶ Disporre di fosse adeguatamente segnalate e delimitate, di contenitori o aree riservate negli spazi pubblici, come i mercati e le aree dedicate alla pesca e alla macellazione (vedere le note di orientamento 3-6)
- ▶ Assicurarsi di mettere in pratica un sistema di raccolta regolare (vedere le note di orientamento 3-6)
- ▶ Intraprendere operazioni di smaltimento dei rifiuti solidi nel modo e luogo ideale per non creare problemi alla salute e all'ambiente della popolazione colpita e di quella ospitante (vedere le note di orientamento 6-7)
- ▶ Fornire al personale addetto alla raccolta e allo smaltimento dei rifiuti solidi un abbigliamento protettivo e provvedere alla vaccinazione contro il tetano e l'epatite B (vedere la nota di orientamento 7)
- ▶ Nel caso in cui l'appropriata e degna sepoltura dei cadaveri costituisca una priorità, coordinarsi con apposite agenzie e autorità competenti (vedere la nota di orientamento 8).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Tutte le abitazioni hanno accesso ai contenitori per rifiuti, i quali sono svuotati almeno due volte a settimana e si trovano a non più di 100 metri dalle discariche comuni (vedere la nota di orientamento 3)
- ▶ Tutti i rifiuti prodotti dalla popolazione che vive negli insediamenti sono smaltiti quotidianamente dalle zone abitate, e due volte a settimana dalle discariche due volte a settimana (vedere le note di orientamento 1-3)
- ▶ Vi è almeno un contenitore da 100 litri ogni 10 abitazioni, laddove i rifiuti domestici non sono interrati (vedere la nota di orientamento 3)
- ▶ Lo smaltimento dei rifiuti è tempestivo e controllato in modo da rispettare l'ambiente (vedere le note di orientamento 4-6)

- ▶ Tutti i rifiuti sanitari (compresi rifiuti pericolosi come vetri, aghi, vestiti e farmaci) sono isolati e disposti separatamente in appositi contenitori o inceneritori nei pressi delle strutture sanitarie (vedere le note di orientamento 4-7).

#### Note di orientamento

1. **Progettazione e realizzazione:** lo smaltimento dei rifiuti dovrebbe essere progettato e realizzato in stretta collaborazione e coordinamento con la popolazione colpita e con le agenzie e le autorità competenti. Tale procedimento dovrebbe cominciare nella fase iniziale dell'operazione di smaltimento per evitare che sorgano problemi per la salute della popolazione colpita. A seconda del contesto, è necessario organizzare periodiche campagne di bonifica in collaborazione con la popolazione e le autorità locali competenti.
2. **Interramento dei rifiuti:** se i rifiuti sono interrati sul posto, in fosse domestiche o in comune che devono essere coperte quotidianamente da uno strato fino di terra in modo da allontanare i vettori, come le mosche e i roditori, evitando che vi trovino un terreno fertile. Gli escrementi e i pannolini dei bambini smaltiti devono essere immediatamente coperti dalla terra. Le discariche dovrebbero essere delimitate per prevenire incidenti e l'accesso da parte di bambini e animali. E' necessario evitare qualunque percolato che possa contaminare l'acqua freatica
3. **Tipo e mole di rifiuti:** i rifiuti nei depositi variano moltissimo in base alla loro composizione e alla quantità, in base al tipo di lavoro, del cibo consumato e dalle pratiche di riciclaggio e/o smaltimento dei rifiuti. E' necessario stabilire l'estensione dell'impatto che i rifiuti hanno sulla salute delle persone e dovrebbe essere messo in pratica un appropriato intervento. I rifiuti domestici devono essere raccolti in contenitori per l'interramento e l'incenerimento. Qualora non fosse possibile fornire tali contenitori a ogni abitazione, si dovrebbe disporre di contenitori comuni. Il riciclo di rifiuti solidi dovrebbe essere incentivato nella comunità, a condizione che non si presenti alcun rischio per la salute. Bisognerebbe evitare la distribuzione di articoli che possano produrre una grande quantità di rifiuti solidi da imballaggio o lavorazione sul posto
4. **Rifiuti sanitari:** una cattiva gestione dei rifiuti sanitari espone a infezioni, effetti tossici e ingiurie chimiche sia la popolazione sia il personale medico e il personale addetto alla gestione dei rifiuti. In una situazione di emergenza, i rifiuti più pericolosi rischiano di essere oggetti infettivi taglienti e non taglienti (medicazioni, vestiti macchiati di sangue, materiale organico come la placenta e così via). I diversi tipi di rifiuti devono essere separati dall'inizio. I rifiuti non contagiosi (carta, contenitori di plastica, rifiuti alimentari, e così via) possono essere smaltiti come rifiuti solidi. I contenitori contaminati, soprattutto pannolini e siringhe, dovrebbero essere disposti in scatole sicure subito dopo il loro utilizzo. Le casseforti e tutti gli altri rifiuti infetti possono essere smaltiti



sul posto mediante interrimento, incenerimento o altri metodi sicuri. (vedere Sistemi sanitari standard 1, nota di orientamento 11 a pag. 300)

5. **Rifiuti dei mercati:** la maggior parte dei rifiuti proveniente dai mercati dovrebbe essere trattato come i rifiuti domestici. La carne da macello e gli scarti di pesce richiedono un trattamento particolare e strutture ideali per contenere i liquidi prodotti e per assicurare che questi siano trasportati in maniera igienica e conforme alle leggi locali. La carne da macello spesso può essere smaltita in una grande fossa chiusa collocata accanto al macello o allo stabilimento di lavorazione del pesce. Liquidi come il sangue possono essere eliminati attraverso un canale chiuso (che dovrebbe contribuire ad allontanare le mosche) fino al contenitore. E' necessario disporre di acqua per fini igienici.
6. **Scarico controllato e/o discariche sanitarie:** è necessario eliminare una grande quantità di rifiuti attraverso lo scarico controllato e le discariche sanitarie. Questo metodo dipende dallo spazio e dalla disponibilità dell'attrezzature meccaniche. In teoria, lo scarico dei rifiuti dovrebbe essere coperto con il terreno a fine di ogni giornata per prevenire che gli insetti si depositino e riproducano
7. **Tutela del personale:** tutti coloro coinvolti nella raccolta, nel trasporto, nello smaltimento e nel riciclo dei rifiuti solidi dovrebbero disporre di abbigliamento protettivo, come guanti, stivali e maschere di protezione. Se necessario, deve essere fornita anche l'immunizzazione contro il tetano e l'epatite B. Acqua e sapone devono essere a disposizione per la pulizia del viso e delle mani. E' necessario informare il personale che entra in contatto con i rifiuti medici delle procedure corrette finalizzate al loro magazzinaggio, al trasporto e allo smaltimento e dei rischi connessi a una scorretta gestione dei rifiuti
8. **Trattamento dei cadaveri:** il trattamento e/o la sepoltura dei corpi deve essere dignitosa e appropriata. Generalmente il processo di ricerca e recupero è gestito dal personale in collaborazione con le agenzie e le autorità governative locali. In particolare, la sepoltura di individui che erano affetti da malattie trasmissibili deve essere effettuato in maniera appropriata e in consultazione e coordinamento con le autorità sanitarie (Sistemi sanitari standard 1, nota 12 a pag. 300). E' possibile ottenere ulteriori informazioni in Riferimenti e nei capitoli successivi.

## 7. Drenaggio

L'acqua di superficie, vicino o negli insediamenti stessi, potrebbe provenire dalle abitazioni e dai punti di scarico, dai servizi igienici e dalle fognature, dall'acqua piovana o dalle numerose inondazioni. I rischi più importanti per la salute associati all'acqua sono la contaminazione delle riserve idriche e degli ambienti abitati, i danni ai servizi igienici e alle abitazioni, la riproduzione dei vettori e gli allagamenti. L'acqua piovana e l'aumento di inondazioni possono peggiorare il sistema drenaggio in situazioni di disastro e aumentare il rischio di contaminazione. Per ridurre i potenziali rischi per la salute per la popolazione colpita dal disastro, dovrebbe essere attuato un progetto di drenaggio adeguato, che smaltisca le acque piovane attraverso la pianificazione del posto e le acque reflue mediante drenaggio su piccola scala, in loco. Questa sezione affronta i problemi e le attività di drenaggio in scala ridotta. Il drenaggio su larga scala è generalmente determinato dalla selezione dell'area e dallo sviluppo (vedere Rifugi e insediamenti standard 2, nota di orientamento 5 a pagina 256).

### Drenaggio standard 1: attività di drenaggio

Gli individui dispongono di un ambiente in cui sono ridotti al minimo i rischi di erosione idrica e acqua stagnante, tra cui acque piovane o provenienti dalle inondazioni, acque reflue domestiche o delle strutture sanitarie.

### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Fornire adeguate strutture di drenaggio in modo che le aree abitate e le aree di distribuzione idrica siano libere da acque reflue e in modo che siano sgombri i canali di scolo delle acque piovane (vedere le note di orientamento 1-2, 4-5)
- ▶ Accordarsi con la popolazione colpita su come affrontare il problema del drenaggio e quindi fornire un sufficiente numero di strumenti adeguati per le piccole operazioni di drenaggio e di manutenzione, se necessario (vedere la nota di orientamento 4)



- Assicurarsi che tutti i punti di rifornimento idrico e i sistemi di pulizia abbiano un drenaggio efficace per prevenire la formazione di fango (vedere la nota di orientamento).

### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- Il drenaggio idrico è ben progettato, costruito e mantenuto. Il sistema include il drenaggio dalle aree igieniche, i punti di raccolta d'acqua e i lavabi (vedere le note di orientamento 2 e 4)
- L'acqua superficiale e/o le fonti freatiche non sono inquinate dagli scarichi (vedere la nota di orientamento 5)
- Rifugi, sentieri e strutture sanitarie non sono allagate né erose dall'acqua (vedere le note di orientamento 2-4)
- Non si è presentata alcuna erosione causata dagli scarichi idrici (vedere la nota di orientamento 5).

### Note di orientamento

- Scelta dell'area e progettazione:** il modo più efficace per controllare i problemi legati al drenaggio è scegliere l'area di ubicazione e la posizione delle strutture (vedere Rifugi e insediamenti standard 1-2 a pagina 249-254).
- Acque reflue:** la melma e lo scarico domestico dell'acqua sono considerate acque reflue se mescolate con le feci umane. A meno che la posizione sia stabilita in luoghi provvisti di sistema fognario, dovrebbe essere evitato il contatto dell'acqua di scarico con le feci umane. I rifiuti sono più difficili e costosi da smaltire rispetto all'acqua di scarico. Nelle aree di distribuzione idrica e nelle aree igieniche bisognerebbe incoraggiare, possibilmente, la realizzazione di piccoli giardini per l'utilizzo dell'acqua di scarico. Va riservata particolare attenzione per evitare l'inquinamento delle aree igieniche dallo scarico d'acqua
- Drenaggio e smaltimento dei rifiuti:** si rivolge particolare attenzione per proteggere i servizi igienici e le fognature dalle inondazioni, al fine di evitare danni strutturali e perdite
- Promozione:** è importante coinvolgere la popolazione colpita nelle operazioni di drenaggio poiché essa conosce i canali naturali di drenaggio e sa dove dovrebbero essere realizzati quelli artificiali. Inoltre, se la popolazione comprende i rischi per la salute e fisici e assiste alla costruzione dei sistemi di drenaggio, sarà poi più propensa a mantenerli (vedere la sezione Controllo dei vettori a pag. 111). Possono quindi essere richiesti supporto e strumenti tecnici
- Smaltimento sul posto:** se possibile, e se le condizioni del terreno sono ottimali, le aree dedicate all'igiene personale dovrebbero trovarsi sul posto

anziché in canali aperti, i quali sono difficili da mantenere e spesso intasati. Per lo smaltimento in loco degli scarichi d'acqua, potrebbero essere utilizzate semplici ed economiche tecniche come pozzi o la semina di piante di banana. Qualora lo smaltimento esercitato al di fuori di queste aree risulti l'unico possibile, i canali sono preferibili alle tubature. I canali dovrebbero essere progettati in modo da garantire la velocità del flusso dei fanghi e per trasportare le acque piovane. Se l'inclinazione è superiore al 5%, dovrebbero essere adottate tecniche specifiche per prevenire eccessive erosioni d'acqua. Il drenaggio dei residui rimanenti dai processi di depurazione dell'acqua dovrebbero essere attentamente controllati affinché la popolazione non vi entri in contatto e affinché questi non contaminino le fonti di superficie e quelle sotterranee.



# Allegato 1

## Lista di valutazione dei bisogni primari nell'approvvigionamento idrico, nei servizi sanitari e nella promozione delle pratiche igieniche

Il presente elenco di quesiti serve principalmente a valutare i bisogni, ad identificare risorse esterne e a descrivere le condizioni locali. Non include domande volte a determinare le risorse esterne necessarie oltre a quelle già presenti a livello locale.

### 1 Generale

- ▶ Quanti soggetti sono colpiti e dove si trovano? Suddividere possibilmente le informazioni per sesso, età, disabilità e così via.
- ▶ Quali sono i probabili spostamenti degli individui? Quali sono i fattori di sicurezza per la popolazione colpita e per un'eventuale risposta di soccorso?
- ▶ Quali sono le attuali, principali o possibili malattie veicolate dall'acqua e dai servizi igienici? Qual è la probabile e prevedibile evoluzione dei problemi?
- ▶ Chi sono i principali soggetti da consultare o contattare?
- ▶ Chi sono le persone più vulnerabili e perché?
- ▶ Esiste un accesso equo a tutte le strutture, compresi i centri pubblici, i centri sanitari e le scuole?
- ▶ Quali sono i rischi per la sicurezza delle donne, delle ragazze e delle persone vulnerabili?
- ▶ Quali erano le pratiche igienico-sanitarie e idriche che la popolazione adottava prima della calamità?
- ▶ Quali sono le forze formali e informali (per esempio i capi della comunità, gli anziani, i gruppi di donne)?
- ▶ In che modo sono intraprese le decisioni nelle famiglie e nella comunità?

### 2 Promozione delle pratiche igieniche

- ▶ Quali erano le pratiche igienico-sanitarie e idriche che la popolazione adottava prima della calamità?
- ▶ Quali pratiche sono dannose per la salute, chi le pratica e perché?
- ▶ Chi possiede ancora un comportamento igienico positivo e da cosa è motivato?
- ▶ Quali sono i vantaggi e gli svantaggi di eventuali cambiamenti nella pratica?
- ▶ Quali sono i canali di comunicazione formali e informali e i supporti (operatori sanitari, personale ostetrico, terapeuti, circoli, cooperative, chiese, moschee, e così via)?
- ▶ Qual è il livello di accesso ai mass media nell'area colpita (radio, televisione, video, giornali, e così via)?
- ▶ Quali media locali e/o organizzazioni non-governative sono presenti?
- ▶ Quali gruppi della popolazione necessitano di essere inquadrati (madri, bambini, dirigenti della comunità, addetti alla cucina, e così via)?
- ▶ Che tipo di supporto funzionerebbe a medio e lungo termine in tale contesto (volontari, centri per la salute, comitati, e così via)?
- ▶ Quali sono i metodi di apprendimento per lo sviluppo dell'igiene per il personale e i volontari?
- ▶ Quali generi di prima necessità sono disponibili e quali sono più importanti sulla base delle preferenze e dei bisogni?
- ▶ Quanto sono efficaci le pratiche igienico-sanitarie nelle strutture (soprattutto in periodi di epidemia)?

### 3 Approvvigionamento idrico

- ▶ Qual è l'attuale fonte di approvvigionamento idrico e chi ne fa uso?
- ▶ Quanta acqua è disponibile per persona al giorno?
- ▶ Con quale frequenza giornaliera / settimanale è disponibile l'approvvigionamento?
- ▶ L'acqua a disposizione è sufficiente a soddisfare i bisogni per tutti i gruppi della popolazione a breve e a lungo termine?
- ▶ I punti di raccolta dell'acqua sono abbastanza vicini a dove vive la popolazione? Sono punti sicuri?
- ▶ L'approvvigionamento idrico è affidabile? Quanto dura?
- ▶ Gli individui dispongono di contenitori di acqua di tipo e misura adeguati?
- ▶ La fonte d'acqua è contaminata o a rischio di contaminazione (a livello microbiologico o chimico/radiologico)?



- ▶ È presente un sistema di depurazione in atto? È necessaria la depurazione? È eventualmente possibile? Che tipo di depurazione è necessaria?
- ▶ La disinfezione è necessaria, anche se la fornitura non è contaminata?
- ▶ Ci sono fonti alternative nelle vicinanze?
- ▶ Quali sono le convinzioni e le pratiche riguardanti la raccolta, l'immagazzinamento e il consumo idrico?
- ▶ L'utilizzo delle fonti idriche disponibili è ostacolato?
- ▶ È possibile spostare la popolazione se le fonti di acqua risultano inadeguate?
- ▶ E' possibile trasferire l'acqua tramite cisterne se le fonti non sono adatte?
- ▶ Quali sono le questioni igieniche principali relative all'approvvigionamento idrico?
- ▶ La popolazione dispone degli strumenti necessari per utilizzare l'acqua in maniera igienica?
- ▶ In caso di spostamento rurale, qual è l'abituale fonte idrica per il bestiame?
- ▶ L'approvvigionamento idrico, la sua estrazione e il consumo avranno un impatto sull'ambiente?
- ▶ Quali altri consumatori attualmente utilizzano le fonti? Esiste il rischio di entrare in conflitto con un' altra popolazione che inizia a utilizzare le fonti?

#### 4 Smaltimento degli escrementi

- ▶ Qual è l'attuale prassi per la defecazione? Avviene all'aperto, esiste un'area designata? L'area è sicura?
- ▶ Quali sono le attuali convinzioni e pratiche, comprese quelle specifiche di genere, in materia di smaltimento degli escrementi?
- ▶ Si trovano strutture? In tal caso, sono utilizzate, sufficienti e correttamente funzionanti? Possono essere ampliate o adattate?
- ▶ La defecazione costituisce un rischio di contaminazione idrica (di superficie o freatica) o delle zone abitate e dell'ambiente in generale?
- ▶ La popolazione si deterge le mani dopo la defecazione, prima della preparazione dei pasti e prima di mangiare? Sono disponibili detergenti o altre soluzioni per la pulizia?
- ▶ La popolazione è in grado di costruire e utilizzare i bagni?
- ▶ Quali sono i materiali disponibili per la realizzazione dei servizi igienici?
- ▶ La popolazione è preparata all' utilizzo di latrine, di aree di defecazione, fosse, e così via?

- ▶ Esiste lo spazio sufficiente per le aree di defecazione, le latrine, i servizi, e così via?
- ▶ Qual è la pendenza del terreno?
- ▶ Qual è il livello dell'acqua freatica?
- ▶ Le condizioni del terreno sono ideali per lo smaltimento degli escrementi sul posto?
- ▶ I sistemi di smaltimento favoriscono la presenza di vettori?
- ▶ Sono disponibili articoli o acqua per la pulizia anale? Come dispongono le persone di tali articoli?
- ▶ In che modo le donne gestiscono il problema del ciclo mestruale? Ci sono articoli adatti o strutture disponibili a tal fine?
- ▶ Esistono strutture o attrezzature specifiche che permettano l'accesso ai servizi sanitari alle persone con disabilità o alle persone prive di mobilità nelle strutture mediche?
- ▶ Quali considerazioni sull'ambiente dovrebbero essere valutate?

#### 5 Patologie trasmesse da vettori

- ▶ Quali sono i rischi legati alle patologie trasmesse da vettori e quanto sono gravi?
- ▶ Esistono convinzioni o pratiche (per esempio, credere che la malaria sia causata dall'acqua sporca) che sono correlate ai vettori e alle malattie da essi trasmesse? Qualcuna di tali convinzioni o pratiche si rivela utile o pericolosa?
- ▶ Se il rischio patologie trasmesse da vettori è alto, la popolazione esposta ha accesso a protezione individuale?
- ▶ E' possibile che tentando di ridurre i vettori (attraverso drenaggio, decespugliamento, smaltimento degli escrementi e dei rifiuti, e così via) si verifichi un impatto sull'ambiente?
- ▶ E' necessario controllare i vettori con strumenti chimici? Quali programmi, regolamenti e risorse per il controllo dei vettori e l'utilizzo di sostanze chimiche esistono?
- ▶ Quali informazioni e precauzioni devono essere fornite alle famiglie?

#### 6 Gestione dei rifiuti solidi

- ▶ L'accumulo dei rifiuti solidi rappresenta un problema?
- ▶ In che modo la popolazione smaltisce i rifiuti? Che tipo e quanti rifiuti solidi sono prodotti?
- ▶ I rifiuti solidi possono essere smaltiti sul posto o è necessario raccogliarli e smaltirli altrove?



- ▶ Qual è la pratica adottata solitamente per lo smaltimento dei rifiuti solidi a favore della popolazione interessata (concime e/o discariche, sistemi di raccolta, bidoni, e così via)?
- ▶ Esistono strutture mediche e attività che producono rifiuti? Come sono smaltiti? Chi è responsabile?
- ▶ Dove sono smaltiti gli assorbenti igienici e il loro smaltimento è discreto ed efficiente?
- ▶ Qual è l'impatto ambientale del corrente smaltimento dei rifiuti?

## 7 Drenaggio

- ▶ Il drenaggio comporta problemi come l'allagamento di abitazioni o dei servizi igienici, costituisce un sito di riproduzione vettoriale o un'area di contaminazione delle risorse idriche?
- ▶ Il terreno è soggetto a ristagno?
- ▶ Le persone dispongono dei mezzi per proteggere le proprie abitazioni e i servizi igienici dagli allagamenti?
- ▶ I servizi e le fonti di rifornimento sono drenati in modo appropriato?

# Appendice 2

## Quantitativi minimi idrici per gli enti e altri utilizzi

Centri sanitari e ospedali	5 litri per paziente ambulatoriale 40–60 litri per degente al giorno Ulteriori quantitativi potrebbero essere richiesti per le attrezzature per le lavanderie, i servizi con scarico, e così via.
Centri per il colera	60 litri per paziente al giorno 15 litri per assistente al giorno
Centri terapeutici per la nutrizione	30 litri per degente al giorno 15 litri per assistente al giorno
Centri di ricezione/transito	15 litri a persona al giorno (se la permanenza è più lunga di un giorno) 3 litri a persona al giorno (se la permanenza non si estende alla notte)
Scuole	3 litri per alunno al giorno per bere e per la pulizia delle mani (L'utilizzo dei servizi non è incluso: vedere la voce Servizi pubblici di seguito)
Moschee	2–5 litri a persona al giorno per lavarsi e bere
Servizi pubblici	1–2 litri per utente al giorno per la pulizia delle mani 2–8 litri per cubicolo al giorno per la pulizia dei servizi
Tutti i servizi con scarico	20–40 litri per utilizzatore al giorno per i servizi convenzionali con scarico annesso a una fognatura 3–5 litri per utilizzatore al giorno per i servizi con scarico a mano
Per la pulizia anale	1–2 litri a persona al giorno
Bestiame	20–30 litri per animale di taglia medio-grande al giorno 5 litri per animale di taglia piccola al giorno



## Appendice 3

### Numero minimo di servizi nei luoghi pubblici e negli enti in situazioni di disastro

Ente	A breve termine	A lungo termine
Mercati	1 servizio ogni 50 banchi	1 servizio ogni 20 banchi
Ospedali/ centri sanitari	1 servizio ogni 20 letti o 50 pazienti ambulatoriali	1 servizio ogni 10 letti o 20 pazienti ambulatoriali
Centri di nutrizione	1 servizio ogni 50 adulti 1 servizio ogni 20 bambini	1 servizio ogni 20 adulti 1 servizio ogni 10 bambini
Centri di ricezione/ transito	1 servizio ogni 50 individui; 3:1 donne a uomini	
Scuole	1 servizio ogni 30 ragazze 1 servizio ogni 60 ragazzi	1 servizio ogni 30 ragazze 1 servizio ogni 60 ragazzi
Uffici		1 servizio ogni 20 impiegati

Fonte: Adattato da Harvey, Baghri & Reed (2002)

## Allegato 4

### Malattie legate all'acqua e agli escrementi e meccanismi di trasmissione

<b>Malattie trasmesse o aggravate dall'acqua</b>	Colera, sifilide, Diarrea, Salmonella, e così via. Febbre tifoidea, Febbre paratifoidea e così via. Dissenteria americana, Malaria giardiase e così via. Epatite A, Poliomielite, Diarrea	<b>Malattie batteriche e non-batteriche oro-fecali</b>	Contaminazione dell'acqua Scarsa igiene Scarsa igiene personale Contaminazione delle coltivazioni
<b>Malattie da contatto con l'acqua o da scarsità d'acqua</b>	Infezione alla pelle e agli occhi Tifo e febbre degenerativa generata dai pidocchi		Acqua contaminata Scarsa igiene personale
<b>Elminti legati agli escrementi</b>	Ascaride, Anchilostoma, Tricocefalo e così via.	<b>Elminti che si generano nella terra</b>	Defecazione in spazi aperti Contaminazione del terreno
<b>Tenia del manzo e del maiale</b>	Teniasi e così via.	<b>Relazione Uomo - animale</b>	Carne cucinata poco Contaminazione del terreno
<b>Malattie provenienti dall'acqua</b>	Schistosomiasi, verme di Guinea, Clonorchiasi e così via.	<b>Lunga permanenza in acqua infetta</b>	Contaminazione idrica
<b>Vettori generati dall'acqua</b>	Malaria, dengue, malattia del sonno, filariasi e così via.	<b>Punture di zanzara e mosche</b>	Puntura nei pressi di acqua Riproduzione nei pressi di acqua
<b>Vettori correlati a escrementi</b>	Diarrea, dissenteria e così via.	<b>Malattie trasmesse da mosche e scarafaggi</b>	Ambiente sporco



## Allegato 5

### Attività minime correlate all'igiene, ai servizi igienico-sanitari e all'isolamento per i centri di trattamento del colera (CTC)

#### Principi fondamentali che tutte le strutture sanitarie e i CTC devono seguire:

1. Isolamento dei casi gravi
2. Contenimento di tutte le escrezioni (feci e vomito)
3. Un solo un assistente per paziente a disposizione
4. Pulizia delle mani con acqua clorurata
5. Pulizia di tutte le superfici
6. Disinfettare i piedi quando si lascia il centro
7. Disinfettare i vestiti dei soggetti contagiati prima di lasciare il centro (tramite bollitura o disinfezione)
8. Provvedere a pulire regolarmente i pavimenti e tutte le aree del centro
9. Fornire servizi e docce separate per pazienti e assistenti
10. Preparazione del cibo nel centro. Se portato da fuori, il cibo dovrebbe essere trasferito dai recipienti all'ingresso per evitare che i recipienti conducano i microorganismi causa del colera (vibrioni) fuori dal centro
11. Continuare ad assistere le famiglie e i parenti del paziente, assicurarsi che non vi siano altri casi. Disinfettare l'abitazione e fornire informazioni relative all'igiene
12. Se le persone arrivano con mezzi pubblici, disinfettare i veicoli
13. Contenere e trattare lo scorrimento delle acque piovane e reflue all'interno dell'area di isolamento del campo
14. Trattare i rifiuti all'interno dell'area di isolamento del campo.

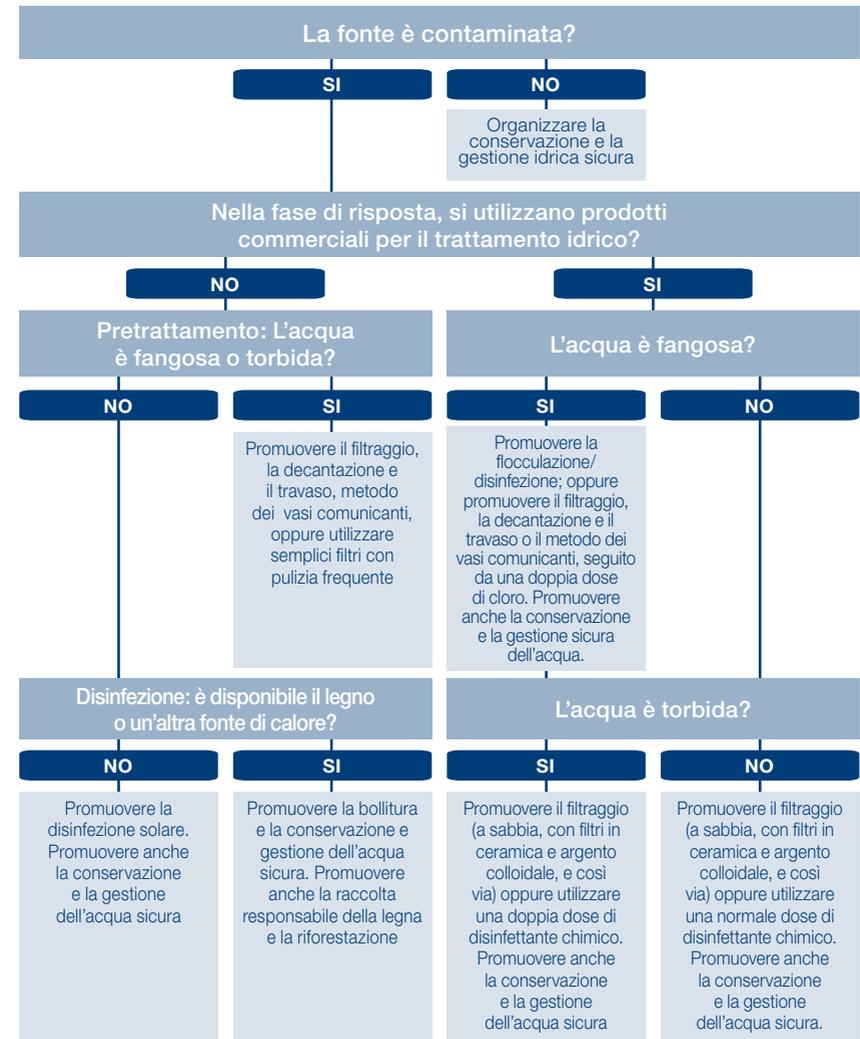
#### Soluzioni di cloro per i CTC

% di cloro per diversi utilizzi	Soluzione 2%	Soluzione 0,2%	Soluzione 0,05%
	Rifiuti ed escrezioni cadaveri	Pavimento Oggetti / letti Pediluvi Abiti	Mani Pelle

*NB: Le soluzioni dovrebbero essere quotidianamente preparate al momento, poiché la luce e il calore le indeboliscono.*

# Allegato 6

## Albero delle decisioni per il trattamento e la conservazione dell'acqua per utilizzo domestico



Adattato da IFRC (2008), Household water treatment and safe storage in emergencies manual.



# Riferimenti e ulteriori letture

## Fonti

### Strumenti di Diritto Internazionale

The Right to Water (articles 11 and 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CESCR, General Comment 15, 26 November 2002. UN Doc. E/C.12/2002/11. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

### Generali

Davis, J and Lambert, R (2002), Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers. Second Edition. RedR/IT Publications. London.

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2010), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction. New York. [www.ineesite.org](http://www.ineesite.org)

Médecins sans Frontières (1994), Public Health Engineering in Emergency Situations. First Edition. Paris.

Walden, VM, O'Reilly, M and Yetter, M (2007), Humanitarian Programmes and HIV and AIDS; A practical approach to mainstreaming. Oxfam GB. Oxford.

[www.oxfam.org.uk/what\\_we\\_do/emergencies/how\\_we\\_work/resources/health.htm](http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/emergencies/how_we_work/resources/health.htm)

### Indagini sanitarie

British Geological Survey (2001), ARGOSS manual. London. [www.bgs.ac.uk](http://www.bgs.ac.uk)

### Genere

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (no date), Gender and Water, Sanitation and Hygiene in Emergencies. IASC Gender Handbook. Geneva.

[www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/WASH/Gender%20Handbook\\_Wash.pdf](http://www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/WASH/Gender%20Handbook_Wash.pdf)

### Promozione delle pratiche igieniche

Almedom, A, Blumenthal, U and Manderson, L (1997), Hygiene Evaluation Procedures: Approaches and Methods for Assessing Water- and Sanitation-Related Hygiene Practices. The International Foundation for Developing Countries. Practical Action Publishing. UK.

Ferron, S, Morgan, J and O'Reilly, M (2007), Hygiene Promotion: A Practical Manual for Relief and Development. Practical Action Publishing. UK.

Humanitarian Reform Support Unit. WASH Cluster Hygiene Promotion Project. [www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Default.aspx?tabid=160](http://www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Default.aspx?tabid=160)

### Fornitura idrica

Action against Hunger (2006), Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk. Paris. [www.actioncontrelafaim.org/english/](http://www.actioncontrelafaim.org/english/)

House, S and Reed, R (1997), Emergency Water Sources: Guidelines for Selection and Treatment. Water, Engineering and Development Centre (WEDC), Loughborough University. UK.

### Fabbisogno idrico per la sicurezza alimentare

Food and Agriculture Organization of the United Nations. FAO Water:

[www.fao.org/nr/water/index.html](http://www.fao.org/nr/water/index.html)

### Necessità di acqua per il bestiame

LEGS (2009), Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). Practical Action Publishing. UK. [www.livestock-emergency.net/userfiles/file/legs.pdf](http://www.livestock-emergency.net/userfiles/file/legs.pdf)

### Qualità idrica

World Health Organization (WHO) (2003), Guidelines for Drinking-Water Quality. Third Edition. Geneva.

[www.who.int/water\\_sanitation\\_health/dwq/guidelines2/en/](http://www.who.int/water_sanitation_health/dwq/guidelines2/en/)



## Piani di sicurezza relativi all'acqua

WHO (2005), Water safety plans: managing drinking-water quality from catchment to consumer.

[www.who.int/water\\_sanitation\\_health/dwq/wsp0506/en/](http://www.who.int/water_sanitation_health/dwq/wsp0506/en/)

## Smaltimento degli escrementi

Harvey, P (2007), Excreta Disposal in Emergency, An inter-agency manual.

WEDC, Loughborough University, UK. <http://wedc.lboro.ac.uk/>

## Controllo dei vettori

Hunter, P (1997), Waterborne Disease: Epidemiology and Ecology. John Wiley & Sons Ltd. Chichester, UK.

Lacarin, CJ and Reed, RA (1999), Emergency Vector Control Using Chemicals. WEDC, Loughborough University, UK.

Thomson, M (1995), Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations. Oxfam GB.

## Rifiuti solidi

Centre for appropriate technology (2003), Design of landfill sites. [www.lifewater.org](http://www.lifewater.org)  
International Solid Waste Association: [www.iswa.org](http://www.iswa.org)

## Gestione dei cadaveri

WHO (2009), Disposal of dead bodies in emergency conditions. Technical Note for Emergencies No. 8. Geneva. [http://wedc.lboro.ac.uk/resources/who\\_notes/WHO\\_TN\\_08\\_Disposal\\_of\\_dead\\_bodies.pdf](http://wedc.lboro.ac.uk/resources/who_notes/WHO_TN_08_Disposal_of_dead_bodies.pdf)

## Rifiuti sanitari

Prüss, A, Giroult, E and Rushbrook, P (eds) (1999), Safe Management of Health-Care Wastes. (Currently under review.) WHO. Geneva

## Drenaggio

Environmental Protection Agency (EPA) (1980), Design Manual: On-Site Wastewater Treatment and Disposal Systems, Report EPA-600/2-78-173. Cincinnati, USA.

## Ulteriori letture

### Generali

WHO and Pan American Health Organization (PAHO), Health Library for Disasters: [www.helid.desastres.net/en](http://www.helid.desastres.net/en)

WHO (2002), Environmental health in emergencies and disasters. Geneva./

### Smaltimento degli escrementi

Harvey, PA, Baghri, S and Reed, RA (2002), Emergency Sanitation, Assessment and Programme Design. WEDC, Loughborough University, UK

### Controllo dei vettori

UNHCR (1997), Vector and Pest Control in Refugee Situations. Geneva.

Warrell, D and Gilles, H (eds) (2002), Essential Malariology. Fourth Edition. Arnold. London.

WHO, Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance. [www.who.int](http://www.who.int).

### Gestione dei cadaveri

PAHO and WHO (2004), Management of Dead Bodies in Disaster Situations. Disaster Manuals and Guidelines Series, No 5. Washington DC. [www.paho.org/English/DD/PED/ManejoCadaveres.htm](http://www.paho.org/English/DD/PED/ManejoCadaveres.htm)

### Rifiuti sanitari

WHO (2000), Aide-Memoire: Safe Health-Care Waste Management. Geneva. WHO, Healthcare waste management: [www.healthcarewaste.org](http://www.healthcarewaste.org)  
WHO, Injection safety: [www.injectionsafety.org](http://www.injectionsafety.org)

### Disabilità e vulnerabilità generale

Jones, H and Reed, R (2005), Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: designing services to improve accessibility. WEDC, Loughborough University, UK. <http://wedc.lboro.ac.uk/wsdp>



Oxfam GB (2007), Excreta disposal for physically vulnerable people in emergencies. Technical Briefing Note 1. Oxfam, UK. [www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBN1\\_disability.pdf](http://www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBN1_disability.pdf)

Oxfam GB (2007), Vulnerability and socio-cultural considerations for PHE in emergencies Technical Briefing Note 2. Oxfam, UK. [www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBN2\\_watsan\\_sociocultural.pdf](http://www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBN2_watsan_sociocultural.pdf)



# STANDARD MINIMI PER LA SICUREZZA ALIMENTARE E PER LA NUTRIZIONE



# Come utilizzare questo capitolo

## Questo capitolo è diviso in quattro sezioni principali:

**Sicurezza alimentare e valutazione dello stato nutrizionale**

**Alimentazione di neonati e bambini**

**Gestione di malnutrizione acuta e carenze di micronutrienti**

**Sicurezza alimentare**

La quarta sezione è suddivisa in tre parti: sicurezza alimentare e distribuzioni di cibo; sicurezza alimentare e trasferimenti di contante e voucher; sicurezza alimentare e mezzi di sostentamento. I Principi di Protezione e gli Standard Fondamentali devono essere utilizzati coerentemente con questo capitolo.

Sebbene destinati in via primaria a orientare la risposta umanitaria a un disastro, gli standard minimi possono anche essere considerati durante i programmi di preparazione ai disastri e la transizione verso le attività di riabilitazione.

Ciascuna sezione contiene quanto segue:

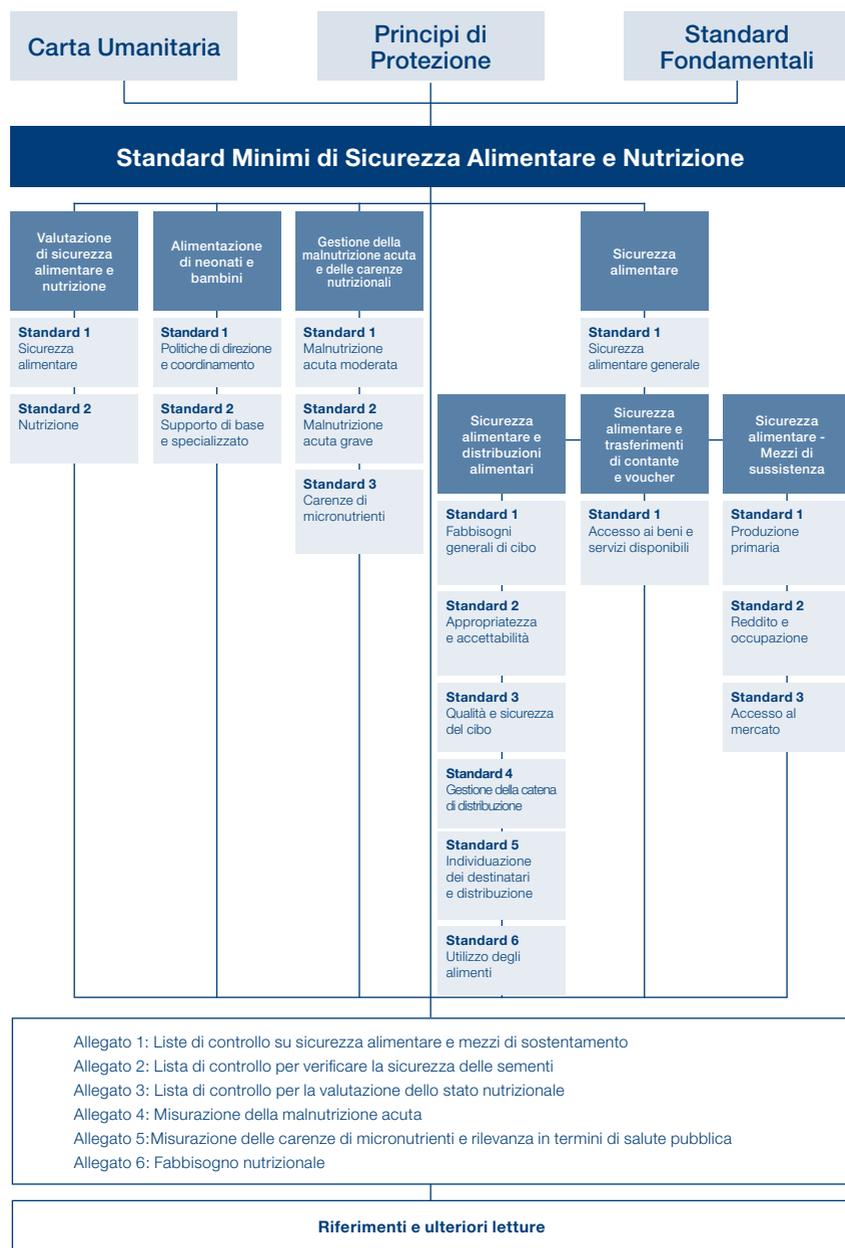
- **Standard minimi:** sono di natura qualitativa e specificano i livelli minimi che devono essere raggiunti nella risposta umanitaria in relazione alla fornitura di cibo e nutrizione.
- **Azioni chiave:** sono tutte le attività e i suggerimenti per aiutare a raggiungere gli standard.
- **Indicatori chiave:** sono 'segnali' che indicano se uno standard è stato raggiunto. Forniscono un modo per misurare e comunicare i processi e risultati delle azioni fondamentali; fanno riferimento allo standard minimo, non all'azione chiave.
- **Note di orientamento:** includono punti specifici da tenere in considerazione quando si applicano gli standard minimi, le azioni e gli indicatori chiave nelle differenti situazioni. Sono un'utile guida per affrontare difficoltà pratiche, punti di riferimento o suggerimenti su questioni prioritarie. Possono inoltre includere questioni critiche relative agli standard, alle azioni o agli indicatori e descrivere dilemmi, controversie o lacune nella conoscenza attuale.

Se gli indicatori e le azioni chiave richieste non possono essere soddisfatte, si dovrebbero valutare le conseguenze avverse per la popolazione colpita e adottare le opportune azioni di mitigazione. Le appendici includono liste di controllo per la valutazione iniziale, indicazioni per misurare la malnutrizione acuta e determinare la rilevanza in termini di salute pubblica delle carenze di micronutrienti e fabbisogni nutrizionali. È inoltre fornita una lista selezionata di riferimenti e ulteriori letture, che indica le fonti di informazione sia sulle questioni specifiche sia su quelle più generali relative al presente capitolo.

# Contenuti

Introduzione .....	163
1. La sicurezza alimentare e la valutazione dello stato nutrizionale .....	171
2. Alimentazione di neonati e bambini... ..	181
3. Gestione della malnutrizione acuta e delle carenze di micronutrienti .....	189
4. Sicurezza alimentare .....	202
4.1. Sicurezza alimentare e distribuzioni alimentari .....	207
4.2. Sicurezza alimentare e trasferimenti di contanti e voucher .....	231
4.3. Sicurezza alimentare e mezzi di sostentamento .....	236
Appendice 1: Liste di controllo per la valutazione della sicurezza alimentare e dei mezzi di sostentamento .....	248
Appendice 2: Lista di controllo per la valutazione della sicurezza delle sementi .....	250
Appendice 3: Lista di controllo per la valutazione dello stato di nutrizione .....	252
Appendice 4: Misurazione della malnutrizione acuta .....	255
Appendice 5: Misurazione della carenza di micronutrienti e sua rilevanza in termini di salute pubblica .....	259
Appendice 6: Fabbisogni nutrizionali .....	262
Riferimenti e ulteriore lettura .....	266





# Introduzione

## Collegamenti alla Carta Umanitaria e al diritto internazionale

Gli standard minimi relativi alla sicurezza alimentare e alla nutrizione sono un'espressione pratica dei principi e degli impegni condivisi dalle organizzazioni umanitarie e dei principi, diritti e doveri comuni che governano l'azione umanitaria e che sono elencati nella Carta Umanitaria. Fondati sul principio di umanità e riflessi nel diritto internazionale, tali principi includono il diritto ad una vita dignitosa, il diritto alla protezione e alla sicurezza e il diritto a ricevere assistenza umanitaria in base alla necessità. Un elenco dei documenti chiave relativi alle disposizioni legali e alle politiche che ispirano la Carta Umanitaria è disponibile per consultazione nell'Allegato 1, con commenti esplicativi per gli operatori umanitari.

Anche se gli Stati sono i principali responsabili verso i diritti delineati sopra, le organizzazioni umanitarie hanno il compito di lavorare con le popolazioni colpite dai disastri in conformità a essi. Da tali diritti generali scaturiscono una serie di diritti più specifici, i quali includono la partecipazione, l'informazione e la non discriminazione, che costituiscono la base degli Standard Fondamentali, insieme ai diritti specifici di acqua, servizi igienico-sanitari, cibo, rifugio e salute, sostenenti questi e gli standard minimi nel presente manuale.

Ogni individuo ha diritto a un'alimentazione adeguata. Tale diritto è riconosciuto dalle disposizioni del diritto internazionale che comprende il diritto a non soffrire la fame. Quando individui o gruppi non sono in grado, per ragioni indipendenti dalla loro volontà, di esercitare il diritto a un'alimentazione adeguata attraverso i mezzi a loro disposizione, gli Stati hanno l'obbligo di garantire direttamente tale diritto. Il diritto all'alimentazione comporta i seguenti obblighi per gli Stati:

- “rispettare l'accesso esistente a un'alimentazione adeguata”: richiede agli Stati di non adottare alcuna misura che si traduca nella riduzione di tale accesso;
- “proteggere”: richiede che gli Stati adottino misure per assicurare che le imprese o gli individui non privino gli individui dell'accesso a un'alimentazione adeguata;
- “soddisfare o agevolare”: significa che gli Stati devono attivamente impegnarsi in attività volte a rafforzare l'accesso e l'utilizzo da parte delle persone



di risorse e mezzi per garantire il loro sostentamento, compresa la sicurezza alimentare.

In caso di disastri, gli Stati dovrebbero fornire cibo a chi ne necessita oppure richiedere assistenza internazionale se le loro risorse non sono sufficienti. Essi dovrebbero anche garantire un accesso sicuro e senza ostacoli all'assistenza internazionale.

Le Convenzioni di Ginevra e i loro Protocolli Addizionali includono il diritto di accesso al cibo in situazioni di conflitto armato e di occupazione. È vietato affamare i civili come metodo di guerra e attaccare, distruggere, trasferire o rendere inutilizzabili le forniture alimentari, le aree agricole per la produzione di derrate alimentari, colture, bestiame, installazioni di acqua potabile e forniture, e opere di irrigazione. Quando uno Stato ne occupa un altro con la forza, il diritto umanitario internazionale obbliga la potenza occupante ad assicurare cibo sufficiente per la popolazione e a trasferire le forniture necessarie se le risorse del territorio occupato sono inadeguate. Gli Stati dovrebbero fare ogni sforzo per assicurare che rifugiati e sfollati abbiano accesso in qualsiasi momento a un'alimentazione adeguata.

Gli standard minimi contenuti nel presente capitolo riflettono il contenuto di base del diritto al cibo e contribuiscono alla progressiva realizzazione di tale diritto a livello globale.

## L'importanza della sicurezza alimentare e della nutrizione nei disastri

L'accesso al cibo e il mantenimento di un adeguato stato nutrizionale sono elementi determinanti per la sopravvivenza della popolazione a un disastro (si veda la posizione di Sphere all'interno dell'azione umanitaria a pagina 9). Le persone colpite sono spesso già cronicamente denutrite nel momento in cui avviene il disastro. La denutrizione è un serio problema di salute pubblica ed è tra le cause principali di morte, direttamente o indirettamente.

Le cause della denutrizione sono complesse. Il quadro concettuale che segue è uno strumento analitico che mostra l'interazione tra i diversi fattori che contribuiscono alla denutrizione. Le cause immediate sono la malattia e/o l'insufficiente assunzione di cibo, che derivano da povertà, insicurezza alimentare e pratiche di cura inadeguate a livello domestico o di comunità, mancanza di acqua, igiene e sanità, e insufficiente accesso alle cure sanitarie. Disastri come cicloni, terremoti, inondazioni, conflitti e siccità influenzano le cause della denutrizione. La vulnerabilità di una famiglia o di una comunità determina la sua capacità di far fronte a questi shock. La capacità di gestire i

rischi associati è determinata in gran parte dalle caratteristiche di una famiglia o di una comunità, in particolare dalle sue azioni e dalle strategie di reazione e sostentamento perseguite.

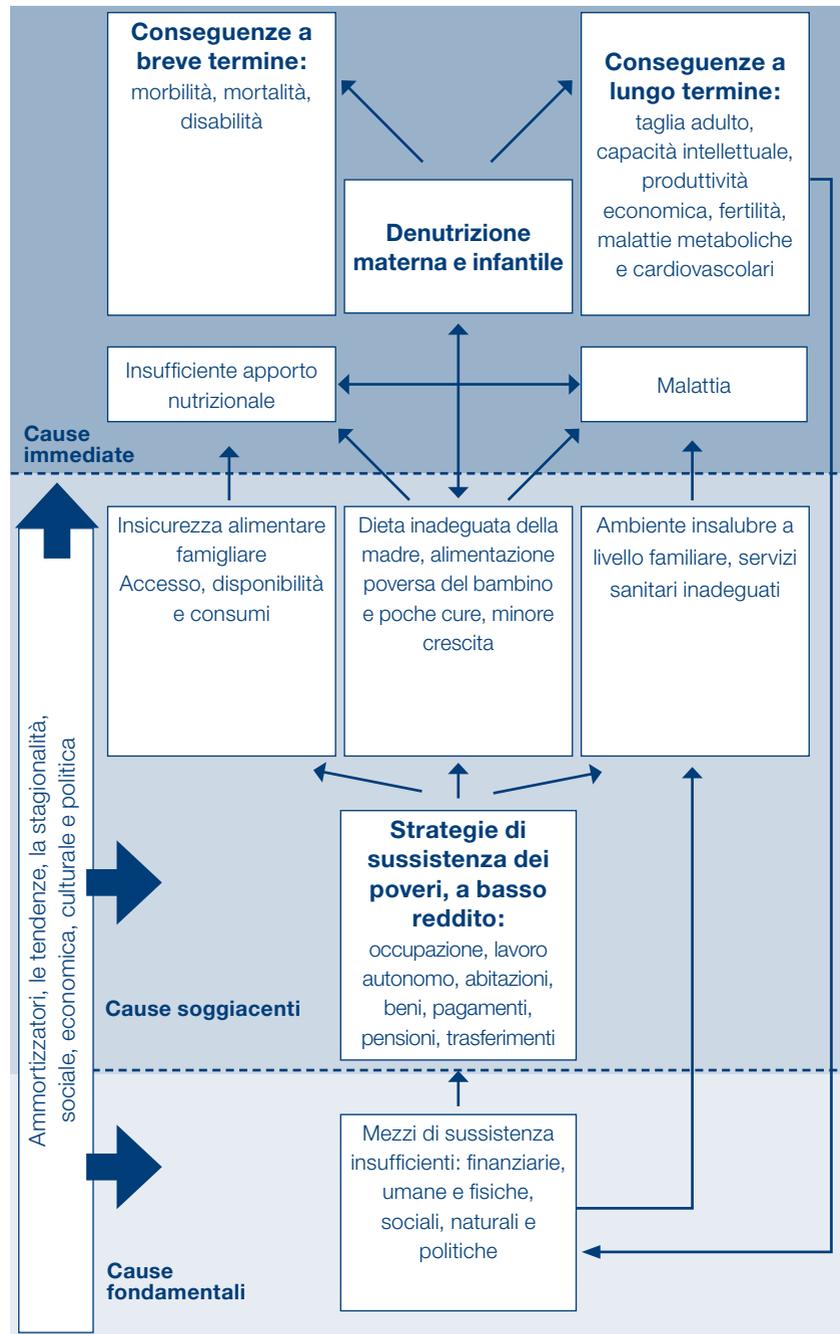
Per questo capitolo sono utilizzate le seguenti definizioni:

- ▶ La *sicurezza alimentare* esiste quando tutte le persone, in ogni momento, hanno accesso fisico, sociale ed economico a cibo sufficiente, sicuro e nutriente per soddisfare il proprio fabbisogno e le proprie preferenze alimentari al fine di ottenere una vita attiva e sana. All'interno di tale definizione di sicurezza alimentare, troviamo tre componenti rilevanti:

  - la disponibilità: si riferisce alla quantità, alla qualità e alla stagionalità dell'offerta di cibo nella zona colpita dal disastro. Comprende fonti locali di produzione (agricoltura, allevamento, pesca, cibi selvatici) e gli alimenti importati dai commercianti (il governo e gli interventi delle agenzie possono influenzare la disponibilità). La disponibilità è principalmente determinata dalla capacità dei mercati locali di fornire il cibo alle persone;
  - l'accesso: si riferisce alla capacità di una famiglia di procurarsi in sicurezza alimenti sufficienti a soddisfare i bisogni nutrizionali di tutti i suoi membri. Esso misura la capacità della famiglia di acquistare il cibo disponibile attraverso una combinazione di produzione domestica e ricorso a scorte, acquisti, baratti, doni, prestiti, trasferimenti di denaro e/o voucher;
  - l'impiego: si riferisce all'utilizzo da parte di una famiglia del cibo a cui ha accesso, compreso il magazzinaggio, la lavorazione, la preparazione e la distribuzione all'interno del nucleo familiare. Riguarda anche la capacità di un individuo di assorbire e metabolizzare i nutrienti, capacità che può essere influenzata da malattie e malnutrizione.
- ▶ I mezzi di sostentamento comprendono le capacità, i beni (tra cui risorse naturali, materiali e sociali) e le attività utilizzate da una famiglia per la sopravvivenza e il benessere futuro. Le strategie di sostentamento sono i mezzi pratici o le attività attraverso cui le persone utilizzano le loro risorse per generare reddito e per raggiungere altri obiettivi pratici di sostentamento. Le strategie di reazione sono definite come risposte temporanee forzate dall'insicurezza alimentare. Il sostentamento di un nucleo familiare è sicuro quando può far fronte e riprendersi dagli shock, mantenendo o migliorando le proprie capacità e risorse produttive.
- ▶ Nutrizione è un termine generico che fa riferimento ai processi attraverso i quali il corpo umano assorbe, digerisce e assimila gli alimenti per la propria crescita e lo sviluppo, la riproduzione, l'attività fisica e il mantenimento della salute. Il termine 'malnutrizione' comprende tecnicamente la denutrizione e la sovranutrizione. La denutrizione comprende una serie di condizioni, tra cui la malnutrizione acuta, la malnutrizione cronica e le carenze di micronutrienti. La



**Quadro concettuale delle cause della malnutrizione**



malnutrizione acuta si caratterizza per una forma di deperimento (magrezza) e/o edema nutrizionale, mentre la malnutrizione cronica costituisce un ritardo nella crescita (bassa statura). Arresto della crescita e deperimento sono due forme di deficit di crescita. In questo capitolo si fa riferimento alla denutrizione e ci si riferisce alla malnutrizione specificatamente quando si tratta di malnutrizione acuta.

Il grafico mostra che l'esposizione al rischio è determinata dalla frequenza e dalla gravità degli shock naturali e umani e dalla loro estensione socio-economica e geografica. La capacità di affrontare tali shock dipende dalle risorse finanziarie, umane, fisiche, sociali, naturali e politiche di un nucleo familiare; dai livelli di produzione, reddito e consumo; nonché dalla capacità di diversificare le fonti di reddito e di consumo per mitigare gli effetti dei rischi.

La vulnerabilità dei neonati e dei bambini implica la priorità di dedicarsi alla loro nutrizione. La prevenzione della denutrizione è importante quanto il trattamento della malnutrizione acuta. Interventi di sicurezza alimentare possono determinare la nutrizione e la salute a breve termine e la loro sopravvivenza e benessere a lungo termine.

Le donne spesso hanno un ruolo maggiore nella pianificazione e nella preparazione degli alimenti per le loro famiglie. In seguito a un disastro, le strategie domestiche di sostentamento possono cambiare. Riconoscere ruoli distinti nella nutrizione della famiglia è fondamentale per migliorare la sicurezza alimentare a livello familiare. Comprendere i bisogni nutrizionali specifiche delle donne in gravidanza e in allattamento, dei bambini piccoli, degli anziani e delle persone con disabilità è importante anche per lo sviluppo di adeguate risposte alimentari.

Una migliore risposta ai disastri in termini di sicurezza alimentare e nutrizione è ottenuta attraverso una migliore preparazione. Tale preparazione è frutto delle capacità, dei report e dalle conoscenze sviluppate da governi, agenzie umanitarie, organizzazioni locali della società civile, della comunità e dalla capacità degli individui di anticipare e rispondere efficacemente all'impatto di possibili pericoli imminenti o in corso. La preparazione si basa su un'analisi dei rischi ed è ben collegata ai sistemi di allerta precoce. Comprende i piani di emergenza, il magazzinaggio di attrezzature e forniture, i servizi di emergenza e di stand-by, le comunicazioni, la gestione delle informazioni e le modalità di coordinamento, la formazione del personale e la pianificazione a livello di comunità, l'addestramento e le esercitazioni.

Le principali aree di intervento per la sicurezza alimentare e la nutrizione nei disastri trattate in questo manuale riguardano l'alimentazione di neonati e bambini; la gestione della malnutrizione acuta e delle carenze di micronutrienti; le distribuzioni di cibo; i trasferimenti di contanti e voucher e i mezzi di sostentamento.



## Collegamenti agli altri capitoli

Molti degli standard presentati negli altri capitoli sono connessi con il presente. L'avanzamento verso il raggiungimento degli standard in un settore spesso influenza e persino determina l'avanzamento in altri. Per ottenere una risposta efficace sono richiesti coordinamento e collaborazione rigorosi con gli altri settori. È anche necessario il coordinamento con le autorità locali e con le altre organizzazioni attive sul campo per assicurarsi che il fabbisogno sia soddisfatto, che gli sforzi non siano duplicati e che la qualità degli interventi in materia idrica e dei servizi igienico-sanitari sia ottimizzata.

Il quadro concettuale sulla malnutrizione identifica tra le sue cause un ambiente domestico povero e servizi sanitari inadeguati. Le risposte per prevenire e supplire la malnutrizione richiedono il raggiungimento sia degli standard minimi indicati in questo capitolo che di quelli riferiti ad acqua e igiene pubblica, rifugi e salute. Essi richiedono inoltre che siano raggiunti gli Standard Fondamentali e affrontati quelli di protezione. Per garantire la sicurezza alimentare e la nutrizione di tutti i gruppi al fine di garantire la loro sopravvivenza e sostenere la loro dignità, non è sufficiente raggiungere solo gli standard contenuti in questo capitolo del manuale. Si fa riferimento, dove è necessario, agli specifici standard o note di orientamento negli altri capitoli e a ulteriori standard integrativi e complementari.

## Collegamenti ai Principi di Protezione e agli Standard Fondamentali

Al fine di soddisfare gli standard di questo Manuale, tutte le organizzazioni umanitarie dovrebbero essere guidate dai Principi di Protezione, anche qualora esse non abbiano un chiaro mandato in merito alla protezione o una capacità specializzata in tal senso. I Principi non sono 'assoluti': si riconosce che le circostanze potrebbero limitare la misura in cui le organizzazioni sono in grado di soddisfarli. Tuttavia, i principi riflettono gli interessi umanitari universali che dovrebbero indirizzare l'azione in ogni momento.

Gli Standard Fondamentali sono standard essenziali relativi al processo e al personale e sono condivisi da tutti i settori. I sei Standard Fondamentali includono: coordinamento e collaborazione; assessment; progettazione e risposta; performance, trasparenza e apprendimento; performance degli operatori umanitari. Essi forniscono un unico punto di riferimento per gli approcci che si trovano alla base tutti gli altri standard contenuti nel Manuale. Ogni capitolo tecnico, quindi, richiede l'utilizzo complementare degli Standard Fondamentali per riuscire a raggiungere i propri standard. In particolare, per garantire l'appropriatezza e la qualità di qualsiasi risposta, la partecipazione delle popolazioni colpite dai disastri, inclusi i gruppi e gli individui più frequentemente a rischio nei disastri, dovrebbe essere massimizzata.

## Vulnerabilità e capacità delle popolazioni colpite dai disastri

Questa sezione è stata pensata per essere letta congiuntamente e per rafforzare gli Standard Fondamentali. È importante comprendere che essere giovane o anziano, una donna o un individuo affetto da disabilità o da HIV non rende, di per sé, un soggetto più vulnerabile o maggiormente a rischio. Piuttosto, è la mutua interazione dei fattori ad agire in tal senso: per esempio, un individuo di età superiore ai 70 anni, che vive da solo e in cattive condizioni di salute, è probabilmente più vulnerabile di un individuo con la stessa età e nelle stesse condizioni di salute che vive in una famiglia estesa e che percepisce un reddito adeguato. Analogamente, una bambina di tre anni non protetta è molto più vulnerabile rispetto a una bambina sotto la tutela di genitori responsabili.

Per attuare gli standard e le azioni chiave per la sicurezza alimentare e la nutrizione, un'analisi della vulnerabilità e della capacità contribuisce ad assicurare che lo sforzo di reazione ai disastri supporti chi ha diritto all'assistenza e chi ne ha maggiormente bisogno in maniera non discriminatoria. Ciò richiede una conoscenza approfondita del contesto locale e di come un particolare impatto della crisi incida su determinati gruppi di persone in modi diversi a causa delle loro vulnerabilità preesistenti (per esempio, essere molto poveri o discriminati), della loro esposizione a varie minacce di protezione (per esempio, violenza di genere incluso lo sfruttamento sessuale), dell'incidenza o della prevalenza di malattie (per esempio, HIV o tubercolosi) e della possibilità di epidemie (per esempio, morbillo o colera). I disastri possono acuire le ineguaglianze preesistenti. Tuttavia, è essenziale sostenere le strategie di sopravvivenza delle persone, la loro resilienza le loro capacità di recupero. Devono essere sostenute le loro conoscenze, capacità e strategie e deve essere promosso il loro accesso al supporto sociale, legale, finanziario e psicosociale. Inoltre, devono essere affrontate le varie barriere fisiche, culturali ed economiche che le persone potrebbero fronteggiare nell'accedere a questi servizi in maniera equa.

I seguenti punti evidenziano alcune delle aree fondamentali, le quali assicureranno che i diritti e le capacità di tutti i soggetti vulnerabili siano tenuti in considerazione:

- ▶ Ottimizzare la partecipazione della gente, in modo che siano inclusi tutti i gruppi rappresentativi, specialmente quelli meno visibili (per esempio gli individui che hanno difficoltà di comunicazione o di mobilità, coloro che vivono in istituti, giovani condannati e altri gruppi poco rappresentati o non rappresentati affatto);



- ▶ Dividere i dati per sesso e per età (0-80+ anni) durante la valutazione. Questo elemento è importante al fine di garantire che il settore WASH consideri in maniera adeguata la diversità delle popolazioni;
- ▶ Garantire che il diritto all'informazione sui diritti sia comunicato e accessibile e tutti i membri della comunità.

## Standard minimi

# 1. Valutazione della sicurezza alimentare e nutrizione

In una crisi acuta e per una risposta immediata, possono rivelarsi sufficienti valutazioni iniziali rapide e multisettoriali per decidere se è necessaria un'assistenza immediata. Le valutazioni iniziali rapide sono progettate per ottenere una visione veloce e chiara di un contesto specifico in un tempo determinato. E' probabile che saranno necessarie ulteriori valutazioni sulla sicurezza alimentare e la nutrizione, che, per essere svolte correttamente, richiedono tempo e risorse. La valutazione è un processo continuo, in particolare nelle crisi prolungate, e deve fissare degli obiettivi e il processo decisionale nell'ambito della gestione della risposta.

Idealmente, le valutazioni sulla sicurezza alimentare e sulla nutrizione devono sovrapporsi e cercare di identificare gli ostacoli alla nutrizione adeguata, così come gli interventi necessari a migliorare disponibilità, accesso e utilizzo ottimale del cibo. Le liste di controllo per le valutazioni sono riportate nelle Appendici 1: Liste di controllo per la valutazione della sicurezza alimentare e dei mezzi di sostentamento, 2: Liste di controllo per la valutazione della sicurezza alimentare e 3: Liste di controllo per la valutazione della nutrizione.

I due standard di valutazione per la sicurezza alimentare e la nutrizione derivano dallo Standard Fondamentale 3 e si applicano entrambi a tutti gli interventi di sicurezza alimentare e di nutrizione.

### Standard 1: Valutazione della sicurezza alimentare e nutrizione sicurezza alimentare

Quando i soggetti sono maggiormente a rischio di insicurezza alimentare, le valutazioni sono eseguite utilizzando metodi accettati per capire tipologia, grado ed estensione dell'insicurezza alimentare, al fine di individuare gli individui più colpiti e definire la risposta più appropriata.

**Azioni chiave** (da leggere unitamente alle note di orientamento)



- ▶ Utilizzare una metodologia che rispetti ampiamente i principi riconosciuti e descriverla in modo comprensivo nella relazione di assessment (vedere la nota di orientamento 1).
- ▶ Raccogliere e analizzare le informazioni nella fase iniziale della valutazione (si veda la nota di orientamento 2).
- ▶ Analizzare l'impatto dell'insicurezza alimentare sullo stato nutrizionale della popolazione (vedere la nota di orientamento 4).
- ▶ Costruire l'assessment, sulle capacità locali, includendo se possibile le istituzioni ufficiali e non ufficiali (vedere la nota di orientamento 9).

### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ La sicurezza alimentare e i mezzi di sostentamento degli individui, delle famiglie e delle comunità sono analizzati allo scopo di guidare gli interventi (vedere le note di orientamento 3 e 9).
- ▶ I risultati della valutazione sono sintetizzati in una relazione analitica che include chiare raccomandazioni operative rivolte agli individui e ai gruppi più vulnerabili (vedere le note di orientamento 1 e 10).
- ▶ La risposta è basata sulla necessità immediata di cibo delle persone, ma tiene in considerazione anche la tutela e la promozione delle strategie di sostentamento (si veda la nota di orientamento 10).

### Note di orientamento

1. **Metodologia:** la portata delle valutazioni e le procedure di campionamento è importante, anche se informali. Le valutazioni sulla sicurezza alimentare devono avere obiettivi chiari e utilizzare metodi accettati a livello internazionale. Il riscontro tramite diverse fonti di informazione (per esempio, analisi delle colture, immagini satellitari, analisi del contesto familiare) è fondamentale per avere una conclusione coerente (vedere lo Standard Fondamentale 3 e i Riferimenti e ulteriori letture).
2. **Fonti d'informazione:** è probabile che esistano informazioni secondarie sulla situazione precedente al disastro. Poiché donne e uomini hanno ruoli diversi e complementari nel garantire il benessere nutrizionale della famiglia, tali informazioni devono essere possibilmente divise per sesso (vedere lo Standard Fondamentale 3 e l'appendice 1: Liste di controllo per la valutazione della sicurezza alimentare e dei mezzi di sostentamento).
3. **Disponibilità alimentare, accesso, consumo e utilizzo:** (vedere le definizioni nell'introduzione al capitolo). Il consumo alimentare riflette l'apporto energetico e l'assunzione di nutrienti da parte degli individui

che compongono il nucleo familiare. Durante le valutazioni non è pratico misurare il contenuto energetico effettivo e i valori nutrizionali. Le variazioni del numero di pasti consumati prima e dopo un disastro possono essere un indicatore semplice ma rivelatore di cambiamenti nella sicurezza alimentare. Il numero di gruppi di alimenti consumati da un individuo o da un nucleo familiare e la frequenza di consumo in un determinato periodo di riferimento indicano cambiamenti nella dieta alimentare. Questo è un buon indicatore guida, soprattutto se analizzato congiuntamente allo status socio-economico di una famiglia e in relazione all'assunzione totale di calorie e alla qualità alimentare della dieta. Calendari stagionali, questionari sulla varietà alimentare delle famiglie, scale di valutazione dell'insicurezza alimentare e profili sugli stili di consumo alimentare sono strumenti che possono garantire misure attendibili relative alle abitudini di consumo alimentare e ai conseguenti problemi.

4. **Insicurezza alimentare e stato nutrizionale:** l'insicurezza alimentare è una delle tre cause della denutrizione. Non si deve pensare che ne sia l'unica causa.
5. **Contesto:** l'insicurezza alimentare può essere il risultato di fattori strutturali socio-politici e macro-economici, tra cui le politiche nazionali e internazionali, i processi che hanno un impatto sull'accesso della popolazione colpita dal disastro a un'alimentazione adeguata e sul degrado dell'ambiente locale. Questa è di solito definita insicurezza alimentare cronica, una condizione di lungo termine derivante da vulnerabilità congenite che possono essere aggravate dall'impatto del disastro. Sistemi locali e regionali d'informazione sulla sicurezza alimentare, tra cui i sistemi di allerta rapida per le carestie e l'Integrated Food Security Phase Classification, sono meccanismi importanti per analizzare le informazioni.
6. **Analisi della risposta:** la sicurezza alimentare varia in base ai mezzi di sostentamento delle persone, alla loro ubicazione, ai sistemi di mercato, al loro accesso ai mercati dell'area, al loro stato sociale (compreso il sesso e l'età), al periodo dell'anno, alla natura del disastro e alle risposte associate. L'assessment deve focalizzarsi su come la popolazione colpita si procurava cibo e reddito prima del disastro e su come potere ottenerli ora. Quando gli individui si spostano, deve essere considerata anche la sicurezza alimentare della popolazione ospitante. La valutazione dovrebbe inoltre analizzare i mercati, le banche, le istituzioni finanziarie o altri meccanismi locali per il trasferimento di denaro, nonché le catene di distribuzione alimentare e i rischi connessi (vedere Principio di protezione 1 a pagina 33). Questo aiuterà a valutare la praticabilità di interventi di trasferimento di denaro o di cibo e la progettazione di meccanismi di distribuzione sicuri ed efficienti.



- 7. *L'analisi di mercato:*** dovrebbe essere parte delle valutazioni iniziali e successive. Essa dovrebbe includere le tendenze dei prezzi, la disponibilità di beni e servizi di base, l'impatto del disastro sulle strutture di mercato e il periodo di recupero previsto. Comprendere la capacità dei mercati di fornire occupazione, alimenti, beni e servizi essenziali dopo una catastrofe può aiutare la progettazione di risposte tempestive, efficienti e appropriate per migliorare le economie locali. I sistemi di mercato possono andare al di là dei bisogni a breve termine dopo un disastro per garantire il sostentamento attraverso la fornitura di elementi produttivi (sementi, attrezzi, e così via) e il mantenimento della domanda di lavoro. I programmi dovrebbero essere progettati per sostenere, se possibile, l'acquisto di prodotti locali (si vedano Sicurezza alimentare - trasferimenti alimentari Standard 4, note di orientamento 2 e 3, Sicurezza alimentare – mezzi di sostentamento Standard 1, nota di orientamento 7 e Sicurezza alimentare – mezzi di sostentamento Standard 3, nota di orientamento 2).
- 8. *Strategie di reazione:*** l'assessment e l'analisi devono considerare i diversi tipi di strategie di reazione, da chi sono applicate e quando, come funzionano e la natura dell'impatto negativo (se presente). Si raccomandano strumenti come l'Indice delle strategie di reazione. Mentre le strategie variano, ci sono fasi distinte di reazione. Alcune strategie di reazione sono normali, positive e possono essere sostenute. Altre strategie, a volte definite strategie di crisi, rischiano di compromettere definitivamente le prospettive future di sicurezza alimentare (vendita di terreni, trasferimento delle famiglie o deforestazione). Alcune strategie di reazione possono influenzare negativamente donne e ragazze, la loro salute, il benessere psicologico e l'integrazione sociale. Le strategie di reazione possono anche avere un impatto sull'ambiente, come nel caso dello sfruttamento eccessivo delle risorse naturali. L'analisi dovrebbe determinare una soglia di sostentamento per identificare la combinazione più appropriata di risposte che assicurano il raggiungimento della sicurezza alimentare prima dell'esaurimento di tutte le opzioni non dannose (vedi Principi di protezione 1 e 2).
- 9. *Valutazione partecipativa della vulnerabilità:*** è fondamentale un coinvolgimento significativo di gruppi diversi di uomini e donne, incluse le organizzazioni e le istituzioni locali, in tutte le fasi della valutazione. I programmi devono basarsi sulle conoscenze locali e sulle necessità, ed essere adattati al contesto locale. Le aree soggette a disastri naturali ricorrenti o conflitti di lunga durata devono avere sistemi locali di allerta rapida e di risposta alle emergenze o reti e piani di emergenza da incorporare in ogni assessment. Risulta fondamentale coinvolgere le donne nella progettazione e nell'attuazione degli interventi (vedere Principi di protezione 2 e 4 a pagina 36-41).

- 10. *Le necessità immediate e la pianificazione a lungo termine:*** gli interventi che mirano a soddisfare i bisogni alimentari possono includere la distribuzione di cibo e i trasferimenti di denaro e voucher. Tali interventi possono essere condotti autonomamente oppure in combinazione con altre iniziative di sussistenza. Soddisfare i bisogni immediati e preservare le attività produttive è prioritario al momento della comparsa di una crisi, ma occorre che le risposte siano sempre programmate con una prospettiva di lungo termine, essendo consapevoli anche dell'impatto che può avere il cambiamento climatico sul recupero ambientale di un contesto degradato.



## Valutazione della sicurezza alimentare e nutrizione Standard 2: nutrizione

Quando i soggetti sono maggiormente a rischio di denutrizione, le valutazioni sono condotte con metodi riconosciuti a livello internazionale per capire il tipo, il grado e l'entità della denutrizione e individuare le persone più colpite, quelle più a rischio e le risposte più appropriate.

### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Compilare nelle valutazioni iniziali le informazioni disponibili prima del disastro per evidenziare la natura e la gravità della situazione nutrizionale (vedere le note di orientamento 1 e 5).
- ▶ Identificare i gruppi che necessitano maggiormente di supporto nutrizionale e i fattori di fondo che potenzialmente influenzano lo stato nutrizionale (vedere le note di orientamento 1 e 2).
- ▶ Determinare se sono necessarie valutazioni qualitative o quantitative a livello della popolazione per misurare e meglio comprendere lo stato antropometrico, dei micronutrienti, l'alimentazione dei neonati e dei bambini, le pratiche di cura materna e i relativi possibili fattori determinanti della malnutrizione (si vedano le note di orientamento 1 e 2).
- ▶ Considerare le opinioni della comunità locale e di altri soggetti locali riguardo ai fattori determinanti della denutrizione (si veda la nota di orientamento 7).
- ▶ Includere una valutazione della capacità nazionale e locale di guidare e/o supportare un'azione di risposta (vedere le note di orientamento 1 e 8).
- ▶ Utilizzare le informazioni sulla valutazione nutrizionale per determinare se la situazione è stabile o in peggioramento (si vedano le note di orientamento 7 e 8).

### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Si adottano metodologie di valutazione e di analisi, che includono indicatori standard conformi a principi comunemente accettati, per le valutazioni sia antropometriche che non (vedere le note di orientamento 3 e 6).
- ▶ I risultati della valutazione sono presentati in una relazione analitica che fornisce chiare raccomandazioni di azioni rivolte agli individui singoli e ai gruppi più vulnerabili (vedere le note di orientamento 3 e 6).

## Note di orientamento

1. **Informazioni contestuali:** le informazioni sulle cause della denutrizione possono essere raccolte da fonti primarie o secondarie, compresi gli attuali profili sanitari e nutrizionali, i rapporti di ricerca, i dati derivanti da sistemi di allerta rapida, i centri di documentazione sanitaria esistenti e i gruppi comunitari. Se le informazioni non sono disponibili per specifiche aree di valutazione o di intervento potenziale, occorre consultare altre fonti come le Indagini sanitarie demografiche, le Analisi di gruppo a indicatori multipli e altre indagini sanitarie e nutrizionali nazionali, il Sistema di informazione dell'OMS sulla situazione generale della nutrizione (Nutrition Landscape Information System), il Sistema d'informazione nutrizionale dell'OMS sull'assimilazione di vitamine e minerali (Vitamin and Mineral Nutrition Information System), il Database sulle emergenze complesse (CE-DAT), il Sistema di informazione sulla nutrizione in situazioni di crisi (NICS), i sistemi nazionali di sorveglianza e i tassi di ammissione e copertura nei programmi in atto per la gestione della malnutrizione. Se sono disponibili dati rappresentativi, è preferibile analizzare l'andamento dello stato nutrizionale nel corso del tempo piuttosto che la prevalenza di malnutrizione in un dato momento (vedere appendice 3: Liste di controllo per la valutazione della nutrizione). La valutazione nutrizionale dovrebbe essere considerata nell'ambito di più ampie valutazioni, specialmente quelle che si concentrano sulla salute pubblica e sulla sicurezza alimentare. Informazioni sulle iniziative nutrizionali esistenti, sulla loro capacità operativa e sulla capacità di risposta locale e nazionale dovrebbero essere raccolte al fine di identificare le lacune e guidare la risposta.
2. **Ambito dell'analisi:** in seguito alle valutazioni iniziali deve essere condotta una valutazione approfondita (vedere lo Standard Fondamentale 3 a pagina 61) solo se sono state individuate lacune informative e se occorrono ulteriori informazioni per prendere decisioni relative al programma, per misurarne i risultati o per scopi di difesa. La valutazione nutrizionale approfondita si riferisce a una serie di possibili approcci di valutazione tra cui indagini antropometriche, valutazioni sull'alimentazione di neonati e bambini, analisi dei micronutrienti e analisi causali. Possono essere utilizzati anche sistemi di sorveglianza nutrizionale e di monitoraggio.
3. **Metodologia:** le valutazioni nutrizionali di qualsiasi tipo devono avere obiettivi chiari, utilizzare metodi accettati a livello internazionale, identificare gli individui vulnerabili sul piano nutrizionale e creare una lista dei fattori che possono contribuire alla denutrizione. Il processo di assessment e analisi deve essere documentato e tempestivamente presentato in un rapporto in modo logico e con un approccio trasparente. Gli approcci di assessment devono essere imparziali, rappresentativi e ben coordinati tra le agenzie e i governi così che le informazioni siano complementari, coerenti e comparabili.



Le analisi condotte congiuntamente da più agenzie sono utili per valutazioni su larga scala e con metodologie diverse di ampie aree geografiche.

4. **Le indagini antropometriche:** sono indagini trasversali e rappresentative basate su campionamenti casuali o selezioni accurate. Esse forniscono una stima della prevalenza della malnutrizione (acuta e cronica). Devono riferire principalmente il punteggio Z Peso per Altezza secondo le norme OMS (vedere Appendice 4: Misurazione della malnutrizione acuta). Il punteggio Z Peso per Altezza secondo il Centro Nazionale di statistica per la salute (NCHS) può anche essere riportato per consentire il confronto con indagini precedenti. Nelle indagini antropometriche si includono anche il deperimento e il deperimento grave valutati attraverso la misurazione a metà circonferenza dell'arto superiore. L'edema nutrizionale dovrebbe essere valutato e registrato separatamente. Si indicano poi gli intervalli di confidenza per la prevalenza di malnutrizione e si dimostra la garanzia di qualità dello studio. Ciò può essere realizzato attraverso l'utilizzo di strumenti esistenti (per esempio il manuale e gli strumenti codificati dalla metodologia SMART – Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions) oppure attraverso i software ENA (Emergency Nutrition Assessment) ed EpiInfo. La pratica maggiormente accettata è quella di valutare i livelli di malnutrizione nei bambini di 6-59 mesi come parametro per la popolazione nel suo complesso. Tuttavia, è da considerare la valutazione se gli altri gruppi possono essere colpiti in misura maggiore o affrontano particolari rischi nutrizionali (vedere Appendice 4: Misurazione della malnutrizione acuta).
5. **Indicatori non antropometrici:** si rivelano essenziali le informazioni aggiuntive rispetto all'antropometria, da valutare attentamente e da limitare se collegate a indagini antropometriche, in modo da non comprometterne la qualità. Tali indicatori comprendono i tassi di copertura vaccinale (soprattutto per il morbillo), l'integrazione di vitamina A, le carenze di micronutrienti e gli indicatori dell'OMS sull'alimentazione di neonati e bambini. Se opportuno, possono essere misurati anche i tassi grezzi di mortalità e i tassi di mortalità di neonati e minori di 5 anni.
6. **Carenze di micronutrienti:** se la popolazione prima di un disastro era carente di vitamina A, iodio o zinco o aveva sofferto di anemia da carenza di ferro, è probabile che questa situazione si aggravi ulteriormente dopo il disastro. Possono verificarsi focolai di pellagra, beriberi, scorbuti o altre carenze di micronutrienti che devono quindi essere considerate durante la pianificazione e l'analisi delle valutazioni. Se nei centri di salute vi sono individui con una qualsiasi di queste carenze, è probabile che l'intera popolazione abbia un'alimentazione inadeguata. La valutazione delle carenze di micronutrienti può essere diretta o indiretta. La valutazione indiretta prevede la stima degli apporti nutrizionali a livello di popolazione e l'estrapolazione

del rischio di carenza esaminando i dati disponibili in materia di accesso al cibo, la disponibilità e l'utilizzo (vedere Valutazione della sicurezza alimentare e nutrizione Standard 1 a pagina 150), e valutando l'adeguatezza delle razioni alimentari (vedere Sicurezza alimentare e distribuzioni alimentari Standard 1 a pagina 180). La valutazione diretta, dove possibile, prevede la misurazione della carenza clinica o sub-clinica nei singoli pazienti o in un campione di popolazione, per esempio la misurazione dell'emoglobina durante indagini per cui la prevalenza di anemia si può utilizzare come un indicatore sostitutivo della carenza di ferro.

7. **Interpretazione dei livelli di denutrizione:** determinare se i livelli di denutrizione richiedono un intervento comporta un'analisi dettagliata della situazione che considera dimensioni e densità della popolazione, tassi di morbilità e mortalità (vedere Servizi sanitari essenziali Standard 1 e Nota di orientamento 3 a pagina 310). Si deve poi fare riferimento a indicatori di salute, variazioni stagionali, indicatori di nutrizione di neonati e bambini, livelli di denutrizione precedenti al disastro, livelli di carenze di micronutrienti (vedere Appendice 5: Misurazione delle carenze di micronutriente e rilevanza in termini di salute pubblica), la percentuale di malnutrizione acuta grave in relazione alla malnutrizione acuta globale e altri fattori che influenzano le cause di malnutrizione. Una combinazione di sistemi informativi complementari può essere il modo più economico per monitorare le tendenze. Per quanto possibile, le istituzioni e le popolazioni locali dovrebbero partecipare alle attività di monitoraggio, all'interpretazione dei risultati e alla pianificazione delle strategie di risposta. Potrebbe inoltre essere necessario applicare modelli decisionali e approcci che considerano una serie di variabili tra cui la sicurezza alimentare, i mezzi di sostentamento, la salute e la nutrizione (vedere Valutazione della sicurezza alimentare e nutrizione Standard 1 e Nota di orientamento 5 a pagina 152).
8. **Il processo decisionale:** i risultati della valutazione devono influenzare le scelte sulle risposte finalizzate alla gestione della malnutrizione. Non è necessario attendere i risultati di valutazioni approfondite per decidere l'avvio delle distribuzioni di alimenti o altri interventi di natura preventiva o per il trattamento immediato nella fase acuta di un disastro. Se si effettuano le valutazioni, i risultati devono informare le azioni. Il processo decisionale deve basarsi su una comprensione della malnutrizione come indicato nel quadro concettuale, e sui risultati delle valutazioni sulla nutrizione e le capacità di risposta attuali.



## 2. Alimentazione di neonati e bambini

Le pratiche inadeguate nell'alimentazione di bambini e neonati aumentano la predisposizione alla denutrizione, alle malattie e al decesso. I rischi aumentano durante i disastri e i più piccoli sono i più vulnerabili. Le pratiche ottimali di alimentazione che incrementano la sopravvivenza e riducono la morbilità nei bambini sotto i 24 mesi prevedono un allattamento precoce esclusivo al seno, l'allattamento esclusivo al seno per 6 mesi, la continuazione dell'allattamento al seno per i successivi 24 mesi o oltre e l'introduzione di alimenti complementari adeguati, appropriati e sicuri a 6 mesi.

L'alimentazione di neonati e bambini include interventi per proteggere e sostenere le necessità nutrizionali dei neonati allattati e non allattati al seno e dei bambini piccoli. Tra gli interventi prioritari si trovano la protezione e il sostegno dell'allattamento naturale per ridurre i rischi connessi all'alimentazione artificiale e consentire una nutrizione supplementare appropriata e sicura. Meritano un'attenzione particolare i neonati e bambini che si trovano in situazioni di estrema difficoltà, come nel caso dei gruppi con elevata prevalenza di infezione da HIV, gli orfani, i neonati sottopeso alla nascita e quelli gravemente malnutriti. La tutela e il sostegno della salute nutrizionale, fisica e mentale delle donne in gravidanza e in allattamento sono fondamentali per il benessere della madre e del bambino.

Si devono tenere in considerazione i particolari bisogni degli accompagnatori, come nonni, padri single o fratelli e sorelle. L'impegno intersettoriale è essenziale per proteggere e soddisfare in modo adeguato e tempestivo i bisogni nutrizionali più ampie di neonati e bambini, e delle loro madri. L'alimentazione di neonati e bambini è parte integrante di molti degli standard riportati in questo capitolo e viene considerata anche in altri capitoli.

### Alimentazione del neonato e del bambino Standard 1: orientamento e coordinamento

Attuando politiche chiave di orientamento e di forte coordinamento, è garantita un'alimentazione sana e appropriata del neonato e del bambino.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Sostenere le disposizioni della Guida Operativa sull'Alimentazione Infantile nelle Emergenze e il Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno con le successive pertinenti risoluzioni dell'AMS - Assemblea Mondiale della Sanità (collettivamente noti come Codice) (vedere note di orientamento 1 e 2).
- ▶ Evitare di sollecitare o accettare donazioni di sostituti del latte materno, altri prodotti latticini, biberon e tettarelle (si veda la nota di orientamento 2).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Esiste una politica nazionale e/o istituzionale che si occupa dell'alimentazione di neonati e bambini e che riflette la Guida Operativa sull'Alimentazione Infantile nelle Emergenze (vedere la nota di orientamento 1).
- ▶ In ogni emergenza, è designato un organismo di coordinamento sull'alimentazione di neonati e bambini (vedere la nota di orientamento 1).
- ▶ Esiste un organismo incaricato di gestire le donazioni di sostituti di latte materno, altri prodotti latticini, biberon e tettarelle (si veda la nota di orientamento 2).
- ▶ Le violazioni del Codice sono monitorate e segnalate (vedere le note di orientamento 1 e 2).



## Note di orientamento

1. **Politiche di orientamento, coordinamento e comunicazione:** i documenti sulle politiche di orientamento per informare i programmi di emergenza includono la Guida Operativa sull'Alimentazione Infantile nelle Emergenze e il Codice. Ulteriori indicazioni sono contenute nella sezione Riferimenti e ulteriori letture. La risoluzione 63.23 (2010) dell'Assemblea Mondiale della Sanità esorta gli Stati membri a garantire che i piani di preparazione nazionali e internazionali e le risposte di emergenza seguano la Guida Operativa. La preparazione ai disastri comprende lo sviluppo di politiche, l'orientamento e la formazione in materia di alimentazione di neonati e bambini in caso di emergenze, individuando i sostituti di latte materno compatibili con il Codice e gli alimenti complementari. Un organismo chiave di coordinamento sull'alimentazione di neonati e bambini dovrebbe essere individuato per ogni emergenza. Il monitoraggio e la denuncia sulle violazioni del Codice sono elementi importanti per dare conto sull'aiuto prestato. Una comunicazione chiara e coerente nei confronti della popolazione colpita e nei comunicati stampa ha un'influenza fondamentale sulla risposta.
2. **Gestione del latte e dei prodotti latticini:** latte e latticini non devono essere previsti in distribuzioni non mirate (vedere Sicurezza alimentare e distribuzioni alimentari Standard 2, nota di orientamento 5). Le indicazioni e la gestione della nutrizione artificiale devono essere conformi alla Guida Operativa sull'Alimentazione Infantile nelle Emergenze e con il Codice, idealmente sotto il controllo dell'organismo di coordinamento designato. Le donazioni di sostituti di latte materno, latticini, biberon e tettarelle non dovrebbero essere richieste o accettate in caso situazioni di emergenza. Eventuali donazioni che arrivano devono essere poste sotto il controllo di un organismo designato e la loro gestione affidata all'organismo di coordinamento preposto.

### Alimentazione del neonato e del bambino Standard 2: supporto di base e specializzato.

Le madri e gli accompagnatori di neonati e bambini hanno accesso a un supporto per l'alimentazione corretto e tempestivo che riduca al minimo i rischi e ottimizzi i risultati su nutrizione, salute e sopravvivenza.

## Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Intraprendere interventi multisettoriali integrati al fine di proteggere e sostenere una sicura e appropriata alimentazione per bambini e neonati (vedere la nota di orientamento 1).
- ▶ Privilegiare l'accesso e le distribuzioni di alimenti, voucher e altri interventi di sostegno alle donne in gravidanza e in allattamento (vedere la nota di orientamento 1).
- ▶ Integrare un adeguato counselling sull'allattamento al seno negli interventi indirizzati a donne in gravidanza e in fase di allattamento e a neonati di età compresa tra 0-24 mesi (vedere le note di orientamento 2 e 7).
- ▶ Avviare nei confronti delle madri di tutti i neonati iniziative di supporto per l'allattamento esclusivo al seno (si veda la nota di orientamento 3).
- ▶ Sostenere un'alimentazione complementare tempestiva, sicura, adeguata e appropriata (vedere la nota di orientamento 5).
- ▶ Garantire l'accesso a quantità adeguate di sostituti di latte materno e il necessario supporto alle madri e agli accompagnatori con neonati che richiedono un'alimentazione artificiale (vedere nota di orientamento 6).
- ▶ Prestare particolare attenzione al sostegno alimentare dei neonati e dei bambini in situazioni di estremo disagio (orfani, bambini affetti da malnutrizione acuta, neonati sottopeso e affetti da HIV) (si vedano le note di orientamento 4 e 7).

## Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Misura degli indicatori standard dell'OMS per l'inizio precoce dell'allattamento al seno, tasso di allattamento esclusivo al seno nei bambini sotto i 6 mesi, e tasso di allattamento al seno continuativo a 1 e 2 anni (vedere le note di orientamento 2 e 3, 5 e 6).
- ▶ Gli accompagnatori hanno accesso agli alimenti supplementari tempestivi, adeguati dal punto di vista nutritivo e sicuri per bambini da 6 a 24 mesi (vedere le note di orientamento 5 e 6).
- ▶ Le madri che allattano hanno accesso a supporto specializzato per l'allattamento (vedere le note di orientamento 1 e 3).
- ▶ E' garantito l'accesso a sostituti di latte materno conformi alle indicazioni del Codice e di supporto adeguato per i neonati che necessitano di nutrizione artificiale (vedere la nota di orientamento 5).



## Note d'orientamento

1. **Misure semplici e interventi di base** sono necessarie per creare un ambiente protettivo e di sostegno dell'alimentazione di bambini e neonati. Bisogna ascoltare e indagare sulle segnalazioni delle difficoltà in allattamento, sull'alimentazione complementare e / o sulla pratica di nutrizione artificiale nei bambini di età 0-24 mesi. I neonati non allattati al seno necessitano di sostegno urgente, che dovrebbe essere immediato per le madri, per gli operatori sanitari e per le donne in gravidanza e in allattamento per soddisfarne i bisogni. Le famiglie con bambini sotto i 24 mesi e le madri che allattano dovrebbero essere registrate e collegate a programmi di sicurezza alimentare al fine di garantire l'accesso ad un'alimentazione adeguata. Rifugi per le madri e gli operatori sanitari consentono l'accesso e il supporto per l'alimentazione di bambini e neonati. L'assistenza nell'allattamento al seno dovrebbe essere integrata all'interno di servizi essenziali come la salute riproduttiva, l'assistenza sanitaria di base, i servizi psicosociali e i selettivi programmi di alimentazione previsti.
2. **Donne in gravidanza e in allattamento:** apporto nutrizionale inadeguato per le donne in gravidanza e in allattamento, complicazioni di rischio di gravidanza, mortalità materna, neonati sottopeso e declino dello stato nutrizionale materno associato a concentrazioni più basse di alcuni nutrienti nel latte materno. Il basso peso corporeo materno al momento del concepimento, che è una caratteristica della gravidanza adolescenziale, è fortemente associato ai neonati sottopeso. Le donne incinte e in allattamento dovrebbero ricevere supplementi giornalieri che forniscono un fabbisogno giornaliero di micronutrienti multipli per proteggere le riserve materne e il contenuto del latte materno, sia che ricevano razioni fortificate o meno. Ferro e supplementi di acido folico se già forniti devono proseguire. Le donne dovrebbero anche ricevere vitamina A entro sei otto settimane dal parto. Supplementi di micronutrienti devono essere in accordo con le raccomandazioni internazionali in materia di dosi e tempi. Il rinvio ai servizi psicosociali può essere necessario, soprattutto nelle popolazioni traumatizzate. Sebbene il supporto nutrizionale della madre adolescente sia importante, i programmi per prevenire la gravidanza adolescenziale hanno il maggior impatto sull'incidenza delle nascite sottopeso.
3. **Inizio immediato dell'allattamento esclusivo al seno** (entro un' ora dalla nascita) è un intervento prioritario per salvaguardare la salute sia della madre sia del neonato. I neonati sottopeso e le loro madri potranno beneficiare soprattutto dal continuo contatto pelle a pelle alla nascita e dall'inizio immediato dell'allattamento al seno esclusivo (vedere Servizi sanitari essenziali - Salute del bambino Standard 2, nota di orientamento 1 a pagina 324).
4. **Allattamento al seno:** l'allattamento esclusivo al seno prevede che un neonato riceva solo il latte materno e niente acqua o altri liquidi o solidi, con l'eccezione delle necessarie integrazioni di micronutrienti e medicine. Garantisce sicurezza alimentare e fluido nei bambini per i primi sei mesi e fornisce una protezione immunitaria attiva. L'allattamento al seno protegge anche i bambini più grandi, soprattutto in contesti in cui mancano l'acqua, i servizi igienico-sanitari e le condizioni di igiene. Per tale ragione è importante protrarlo fino a 24 mesi o oltre. Le madri, le famiglie, le comunità e gli operatori sanitari devono essere rassicurati della resilienza dell'allattamento al seno; la fiducia può essere compromessa da situazioni di emergenza grave. La pianificazione e l'allocazione delle risorse dovrebbe fornire un sostegno qualificato all'allattamento al seno gestendo le situazioni più difficili, comprese le popolazioni stressate e i bambini minori di sei mesi affetti da malnutrizione acuta (vedere Gestione di malnutrizione acuta e di carenze di micronutrienti standard 2 a pagina 169), le popolazioni in cui è comune l'alimentazione mista, e l'alimentazione del bambino nel contesto dell'HIV (vedere la nota di orientamento 7).
5. **Alimentazione complementare** è il processo che prevede di fare assumere altri alimenti oltre al latte materno a partire dall'età di 6 mesi (o per un adeguato sostituto del latte materno nei neonati non allattati al seno). Durante il periodo di alimentazione complementare (6-24 mesi), l'allattamento al seno continua a contribuire in modo significativo alla sicurezza alimentare e fluida. I neonati non allattati al seno hanno bisogno di sostegno per colmare il deficit nutrizionale. Collegamenti con programmi di sicurezza alimentare sono essenziali per sostenere l'alimentazione complementare. Se una popolazione dipende dagli aiuti alimentari, un alimento ricco di micronutrienti deve essere incluso nella razione generale; si può necessitare di una fornitura di alimenti complementari. Occorrono criteri chiari per l'inserimento, l'utilizzo e la durata dei supplementi nutrizionali a base di lipidi durante il periodo di alimentazione complementare per i diversi contesti di emergenza. Gli alimenti terapeutici pronti per l'uso non sono un alimento complementare. La distribuzione di alimenti complementari dovrebbe essere accompagnata da una guida pratica e da una dimostrazione della loro preparazione. L'assunzione di integratori di micronutrienti, tra cui la vitamina A, si prevede in conformità con le ultime raccomandazioni. Neonati sottopeso e bambini possono beneficiare di supplementi di ferro. Se la popolazione è in una zona malarica endemica, l'integrazione di ferro deve essere mirata ai bambini che sono anemici e carenti di ferro con adeguate misure di controllo della malaria.
6. **La nutrizione artificiale:** i bambini che non sono allattati al seno necessitano di diagnosi immediata e di valutazione da parte di personale qualificato che deve considerare le alternative di alimentazione. Qualora l'allattamento materno non è disponibile, ha un ruolo importante il latte materno donato,



in particolare quello baliatico, soprattutto per i giovani e per l'alimentazione dei neonati sottopeso. Se è indicata l'alimentazione artificiale, le madri e gli operatori sanitari hanno bisogno di accesso garantito a quantità adeguate di un appropriato sostituto di latte materno per il tempo necessario (fino a quando i bambini hanno almeno un'età di 6 mesi), e ai supporti essenziali associati (acqua, carburante, impianti di magazzinaggio, monitoraggio della crescita, assistenza medica, tempo). I bambini sotto i 6 mesi che sono nutriti con cibo misto dovrebbero essere sostenuti per ottenere un allattamento al seno esclusivo. Il biberon non deve essere utilizzato a causa di difficoltà di pulizia. I programmi che supportano l'alimentazione artificiale dovrebbero monitorare le pratiche di alimentazione dei neonati e dei bambini della comunità utilizzando indicatori standard per garantire che l'allattamento al seno non sia compromesso. La sorveglianza della morbilità dovrebbe essere condotta sia a livello individuale sia a livello della popolazione, con una particolare attenzione alla diarrea. Una bassa dose supplementare di vitamina A deve essere considerata per i neonati non allattati al seno fino a 6 mesi.

7. **HIV e alimentazione infantile:** sfruttare al meglio la sopravvivenza dei bambini non affetti da HIV è una considerazione primaria che determina l'opzione migliore per l'alimentazione dei bambini nati da madri affette da HIV. Le madri con uno stato sconosciuto o negativo di HIV dovrebbero essere sostenute nell'allattare al seno secondo le raccomandazioni generali dell'alimentazione IYCF per le popolazioni (vedere le note di orientamento 3-5). Le madri con infezione da HIV, associate a interventi anti-retrovirali (ARV) con l'allattamento al seno possono ridurre significativamente la trasmissione di HIV post-natale. L'accesso accelerato ai farmaci anti-retrovirali deve essere la priorità (vedere Servizi sanitari di base - Salute sessuale e riproduttiva Standard 2 a pagina 328). I rischi per i neonati connessi all'alimentazione sostitutiva sono ancora maggiori in condizioni di emergenza. Ciò significa che l'allattamento al seno offre la maggiore probabilità di sopravvivenza ai neonati nati da madri affette da HIV e a quelli nati con infezione da HIV, anche dove i farmaci antivirali non sono ancora disponibili. I bambini che utilizzano un'alimentazione sostitutiva necessitano di un'urgente assistenza per l'alimentazione artificiale (vedere la nota di orientamento 6).

### 3. Gestione della malnutrizione acuta e della carenza di micronutrienti.

La malnutrizione acuta e la carenza di micronutrienti espongono gli individui che ne sono affetti a un aumento del rischio di morbilità e di mortalità. Quando tale rischio è alto, è necessario l'accesso ai servizi che garantiscono la corretta alimentazione e prevengono la malnutrizione.

L'impatto di tali servizi sarà notevolmente ridotto se le cause della malnutrizione non sono affrontate simultaneamente attraverso gli interventi per sostenere la salute, la detersione, i trasferimenti alimentari e la sicurezza alimentare.

Una moderata malnutrizione acuta può essere affrontata in diversi modi. Nei disastri, l'alimentazione supplementare è spesso la strategia primaria per la prevenzione e il trattamento della malnutrizione acuta moderata e la prevenzione della malnutrizione acuta grave. Questa può essere coperta o individuata a seconda dei livelli di malnutrizione acuta e della carenza di micronutrienti di serie 1, che si riferiscono principalmente ad una alimentazione supplementare mirata. Mentre non ci sono indicatori di impatto definiti per l'alimentazione supplementare, il controllo della copertura, dell'accettabilità e delle razioni fornite sono importanti.

La grave malnutrizione acuta è affrontata con la cura terapeutica che può essere fornita attraverso una varietà di approcci. Se le condizioni lo permettono, la gestione su base comunitaria della malnutrizione acuta dovrebbe essere l'approccio preferito. Programmi di sostegno alla grave malnutrizione acuta dovrebbero comprendere la mobilitazione della comunità (compresa la comunicazione efficace, attiva in caso di accertamento, di rinvio e di azione supplementare); il trattamento ambulatoriale per la malnutrizione acuta grave senza complicazioni mediche e la gestione dei pazienti ricoverati con complicazioni mediche e dei bambini.

In molti contesti, le carenze di micronutrienti sono difficili da individuare. Sebbene i segni clinici di gravi carenze possono essere facili da diagnosticare, la causa maggiore che compromette la salute e la sopravvivenza delle popolazioni può derivare da carenze sub-cliniche.



Se le carenze di micronutrienti sono già diffuse nella popolazione, in seguito a un disastro tale situazione può aggravarsi. Per supplire a queste carenze bisogna ricorrere a interventi mirati alla popolazione e al trattamento individuale.

### Gestione della malnutrizione acuta e della carenza di micronutrienti Standard 1: Malnutrizione acuta moderata

La malnutrizione acuta moderata è indirizzata.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Stabilire subito strategie chiaramente definite e concordate, gli obiettivi e i criteri per la configurazione e la chiusura degli interventi (vedere la nota di orientamento 1).
- ▶ Massimizzare subito l'accesso e la copertura attraverso il coinvolgimento della popolazione (vedere le note di orientamento 2 e Standard Fondamentale 1 a pagina 55).
- ▶ Ammissione di base e congedo degli individui in materia di valutazione a livello nazionale e internazionale dei criteri antropometrici (vedere le note di orientamento 3-4 e Appendice 4: Misurazione della malnutrizione acuta e 5: Misure del significato di salute pubblica della carenze di micronutrienti).
- ▶ Collegare la gestione della malnutrizione acuta moderata alla gestione della malnutrizione acuta grave e ai servizi sanitari esistenti, se possibile (vedere le note di orientamento 5-6).
- ▶ Fornire adeguate razioni supplementari di cibo secco o pronto per l'uso a meno che non vi sia una chiara motivazione per l'alimentazione sul posto (vedere le note di orientamento 8).
- ▶ Indagare e agire sulle cause di inadempienza e di mancata risposta o di un aumento dei decessi (vedere le note di orientamento 5-6).
- ▶ Gestire l'alimentazione di neonati e bambini con particolare attenzione per la protezione, il sostegno e la promozione dell'allattamento al seno (vedere la nota di orientamento 7).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

Tali indicatori sono principalmente applicabili alla fascia di età 6-59 mesi, sebbene anche se altre possono essere inclusi nel programma.

- ▶ Più del 90 per cento della popolazione interessata si trova a meno di un giorno di cammino per il ritorno (incluso il tempo per il trattamento) dal sito del programma per i programmi di alimentazione supplementare di razioni secche e a non più di ora di cammino per il sito supplementare per i programmi di alimentazione supplementare (vedere la nota di orientamento 2).
- ▶ La copertura è 50 per cento nelle zone rurali, 70 per cento nelle aree urbane e 90 per cento nei campi profughi (vedere la nota di orientamento 2).
- ▶ La proporzione di recuperati provenienti da cure terapeutiche che sono deceduti è 3 per cento, per i recuperati è del 75 per cento e per gli inadempienti è 15 per cento (vedere le note di orientamento 4).

#### Note di orientamento

1. **Progettazione dei programmi:** deve essere basata su una comprensione delle complessità della situazione nutrizionale. L'alimentazione supplementare si può orientare in modo mirato o generale. La decisione riguardo quale approccio adottare dovrebbe dipendere dai livelli di malnutrizione acuta e dal carico del lavoro, dal rischio di aumento della malnutrizione acuta, dalla capacità di schermo e del monitoraggio del carico di lavoro con criteri antropometrici, dalle risorse disponibili e dall'accesso alla popolazione colpita dal disastro. Un'alimentazione supplementare individuata richiede generalmente più tempo e fatica per controllare e monitorare gli individui con malnutrizione acuta, ma comporta meno risorse di cibo, considerando che un approccio generale richiede generalmente meno competenza del personale ma più risorse alimentari. Un'efficace mobilitazione della comunità sosterrà la comprensione e l'efficacia del programma da parte della popolazione. Sono importanti i collegamenti alle cure terapeutiche, i sistemi sanitari, l'HIV e l'AIDS e la tubercolosi (TB), le reti e i programmi di sicurezza alimentare con particolare riguardo all'alimentazione, i trasferimenti di denaro o voucher. La popolazione colpita dovrebbe essere coinvolta nel decidere dove localizzare i siti del programma. Occorre prendere in considerazione fin da subito i soggetti vulnerabili che potrebbero avere difficoltà ad accedere ai luoghi, le strategie di uscita o piani di sostegno a lungo termine.
2. **La copertura** si riferisce ai soggetti necessitano di un trattamento rispetto a quelli effettivamente in trattamento. La copertura può essere influenzata dall'accettabilità del programma, dall'ubicazione e dall'accessibilità dei siti del programma, dalla situazione di sicurezza, dalla frequenza delle distribuzioni, dal tempo di attesa, dalla qualità del servizio, dalla misura della mobilitazione, dalla misura e il controllo delle visite a domicilio e dall'allineamento con i criteri di ammissione. I siti del programma dovrebbero essere vicini alla popolazione interessata al fine di ridurre i rischi e i costi associati a lunghi viaggi con bambini piccoli e al rischio delle persone che sono sfollate. Metodologie per misurare la copertura variano nel livello di affidabilità e nel tipo di



informazioni generate. Il metodo utilizzato deve essere indicato nella segnalazione. Al momento di decidere quale metodo è appropriato nel contesto dato, dovrebbero essere consultate le linee guida attuali. La valutazione di copertura deve essere vista come uno strumento di gestione e quindi non dovrebbe essere lasciata al termine di una fase di supporto di emergenza.

3. **Criteri di ammissione:** individui diversi da quelli che soddisfano i criteri antropometrici affetti da malnutrizione acuta possono anche beneficiare di alimentazione supplementare, per esempio, le persone che vivono con l'HIV (sieropositive) o TB, per i dimessi provenienti da cure terapeutiche di evitare la ricaduta, le persone con altre malattie croniche o i soggetti con disabilità. La sorveglianza e l'informativa dovrà essere regolata se compaiono individui che non rientrano nei criteri antropometrici.
4. **Criteri di dimissione** dovrebbero conformarsi alle linee guida nazionali, o alle linee guida internazionali se non sono disponibili quelle nazionali, e devono essere specificate quando si segnalano indicatori di performance (vedere la nota di orientamento 5).
5. **Indicatori di performance** si riferiscono a individui dimessi che hanno terminato il trattamento. Il numero totale di individui dimessi è pari a quello di coloro che hanno recuperato. Gli individui che sono indicati per servizi complementari (per esempio, i servizi sanitari) che non hanno terminato il trattamento dovranno continuarlo o tornare per continuare il trattamento in seguito. Gli individui trasferiti ad altri siti che non hanno terminato il trattamento non devono essere inclusi negli indicatori di performance. Gli indicatori relativi alle prestazioni sono i seguenti:

**Percentuale di dimessi recuperati =**

$$\frac{\text{Numero di individui recuperati}}{\text{Numero totale di dimessi}} \times 100\%$$

**Percentuale di dimessi morti =**

$$\frac{\text{Percentuale di dimessi morti}}{\text{Numero di decessi}} \times 100\%$$

**Numero totale di dimessi non ricoverati=**

$$\frac{\text{Numero di individui non ricoverati}}{\text{Numero totale di dimessi}} \times 100\%$$

**Percentuale di dimessi senza recupero =**

$$\frac{\text{Numero di persone che non hanno recuperato}}{\text{Uscite totali persone}} \times 100\%$$

Gli individui ricoverati dopo essere stati dimessi da cure terapeutiche devono essere segnalati come una categoria a parte per evitare la polarizzazione di risultati verso un migliore recupero. I bambini affetti da malnutrizione acuta secondaria, disabilità, palatoschisi o problemi chirurgici, e così via, non dovrebbero essere esclusi dalla segnalazione del programma. Nella segnalazione, il gruppo principale è quello dei bambini di età compresa tra 6-59 mesi. Oltre agli indicatori sopra elencati, quando si analizzano le prestazioni, i sistemi dovrebbero monitorare la partecipazione della popolazione, l'accettabilità del programma (una buona misura di ciò è il tasso di inadempienza e la copertura), essendo previste la quantità e la qualità del cibo, la copertura, le cause dei trasferimenti ad altri programmi (in particolare bambini il cui stato di nutrizione si deteriora per malnutrizione acuta grave) e il numero di persone ammesse al trattamento. Tra i fattori esterni da considerare troviamo per esempio i modelli di morbidità, i livelli di denutrizione nella popolazione, il livello di insicurezza alimentare nelle famiglie e nella popolazione, interventi complementari a disposizione della popolazione (incluse le distribuzioni generali di cibo o programmi equivalenti) e la capacità di esistere di sistemi per la fornitura di servizi. Le cause di inadempienze e l'incapacità di rispondere adeguatamente al trattamento dovrebbero essere studiati su base continuativa.

6. **Fattori di salute e considerazioni:** programmi mirati di alimentazione supplementare sono un punto di contatto importante per il controllo e il riferimento per la malattia. I programmi devono considerare la capacità dei servizi sanitari esistenti e garantire l'effettiva fornitura di antielmintici, di vitamina A supplementare, ferro e acido folico in combinazione con il controllo e il trattamento della malaria, zinco per il trattamento della diarrea e vaccinazioni (vedere Servizi sanitari essenziali il controllo della malattie trasmissibili Standard 2 e Servizi sanitari essenziali- salute del bambino Standard 1-2). In aree ad alta prevalenza di HIV devono essere disponibili i test per HIV e il trattamento profilattico e si deve considerare la qualità e la quantità delle razioni di cibo supplementare.
7. **Allattamento al seno:** madri di bambini gravemente malnutriti sotto i 6 mesi dovrebbero essere ammessi alla alimentazione supplementare, indipendentemente dallo stato nutrizionale materno. Le madri malnutrite moderatamente possono allattare con successo e hanno bisogno di un adeguato supporto nutrizionale per proteggere il proprio stato nutrizionale. Le madri dovrebbero ricevere razioni di alimentazione supplementare, per sostenere l'allattamento al seno esclusivo specializzato e consigli sulla sicura, nutriente e reattiva alimentazione complementare. I bambini sotto i 6 mesi che sono affetti da malnutrizione acuta dovrebbero essere indirizzati in modo appropriato per il supporto al seno qualificato e l'assenza ospedaliera, se necessario.



**8. Razioni:** le razioni a secco o pronte per l'utilizzo di cibi forniti su base settimanale o bi-settimanale sono preferiti alla alimentazione sul posto, ma la loro composizione e le dimensioni devono tenere conto delle famiglie, della sicurezza alimentare e la probabilità di condivisione. Chiare informazioni devono essere fornite su come preparare e conservare il cibo supplementare in modo igienico, come e quando dovrebbe essere consumato (vedere Sicurezza alimentare- trasferimenti di alimenti Standard 6, nota di orientamento 1 a pagina 198) e l'importanza di proseguire l'allattamento al seno per i bambini di età inferiore ai 24 mesi. Individui vulnerabili, come chi ha problemi di mobilità, possono richiedere adattamenti del programma per soddisfare i loro bisogni specifici.

### Standard 2 sulla gestione della malnutrizione e carenze di micronutrienti acuti: malnutrizione acuta grave

Vengono prese tutte le misure necessarie per lottare contro malnutrizione acuta grave.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Stabilire a priori criteri chiaramente definiti e concordati per l'impostazione di un maggiore sostegno ai servizi esistenti e per la scala verso il basso o la chiusura (vedere la nota di orientamento 1).
- ▶ Includere gli interventi per la gestione della malnutrizione acuta grave con l'assistenza ospedaliera, l'assistenza ambulatoriale, componenti di rimando e mobilitazione della popolazione (vedere la nota di orientamento 2).
- ▶ Massimizzare l'accesso e la copertura attraverso il coinvolgimento della popolazione fin dall' inizio (vedere le note orientamento 1-3 e lo Standard Fondamentale 1).
- ▶ Fornire assistenza nutrizionale e medica secondo le linee guida nazionali e internazionali riconosciute per la gestione della malnutrizione acuta grave (vedere le note di orientamento 4-8).
- ▶ Garantire criteri di dimissione includendo indici sia antropometrici sia non antropometrici (vedere la nota di orientamento 6).
- ▶ Indagare ed agire sulle cause di inadempienza e di mancata risposta o di un aumento dei decessi (vedere le note di orientamento 6-7).
- ▶ Indirizzare l' alimentazione di neonati e bambini con particolare attenzione per la protezione, il sostegno e la promozione dell'allattamento al seno (vedere le note di orientamento 9-10).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

Questi indicatori sono principalmente applicabili alla fascia di età 6-59 mesi, anche se altri possono essere parte del programma.

- ▶ Oltre il 90 per cento della popolazione selezionata si trova a meno di un giorno di ritorno a piedi ( compreso il tempo per il trattamento) dal sito del programma.



- ▮ La copertura è >50 per cento nelle zone rurali >70 per cento nelle aree urbane e >90 per cento nelle situazioni di campo rifugiati (vedere la nota di orientamento 3).
- ▮ La percentuale di dimessi, provenienti da cure terapeutiche, che sono morti è <10 per cento, dei recuperati è >75 per cento e gli abbandoni è <15 per cento (vedere la nota di orientamento 6).

### Note di orientamento

1. **Progettazione del programma:** i programmi dovrebbero essere progettati per costruire e sostenere la capacità dell'esistente sistema sanitario, ove possibile. Il livello di sostegno aggiuntivo necessario per garantire una gestione efficace della malnutrizione acuta grave deve essere determinato sulla base delle capacità esistenti a livello degli impianti sanitari e di comunità, dei numeri e della distribuzione geografica delle persone colpite dal disastro e della situazione di sicurezza. Fin dall'inizio, i programmi dovrebbero prendere in considerazione strategie di uscita o piani per il sostegno a lungo termine oltre l'emergenza. Criteri per la chiusura o la transizione dei programmi dovrebbero considerare la capacità e le opportunità esistenti da integrare in sistemi esistenti.
2. **Componenti del programma:** Programmi di sostegno alla gestione della malnutrizione acuta grave dovrebbero comprendere l'assistenza ospedaliera per le persone con complicanze mediche e tutti bambini <6 mesi di età con malnutrizione acuta e la cura ambulatoriale decentrata per i bambini con complicazioni mediche. L'assistenza ospedaliera può avvenire attraverso l'attuazione diretta o il rinvio. I programmi dovrebbero essere collegati anche con altri servizi che affrontano le cause immediate e di fondo della denutrizione, come alimentazione supplementare, HIV e l'AIDS e reti di TB, servizi sanitari di base e programmi di sicurezza alimentare tra cui il cibo, trasferimenti di denaro o di voucher. L'efficace mobilitazione della comunità aiuterà a ottenere l'accettazione del programma, l'accessibilità e la copertura. I siti dei programmi ambulatoriali dovrebbero essere vicini alla popolazione individuata per ridurre i rischi e i costi associati ai lunghi viaggi con bambini piccoli e il rischio di persone che sono sfollate.
3. **Copertura:** Come con la malnutrizione acuta moderata, la copertura può essere influenzata dalla accettabilità del programma, dalla locazione e accessibilità dei siti del programma, dalla situazione di sicurezza generale, dalla frequenza della distribuzione, dal tempo di attesa, dalla qualità del servizio, dalla grandezza della mobilitazione, dalla portata delle visite a casa e dal loro controllo, dallo screening e dall'ammissione dell'allineamento ai criteri. Metodologie per misurare la copertura variano nel livello di affidabilità e nel tipo di informazioni generate. Il metodo utilizzato deve essere indicato

nella segnalazione. Attuali linee guida dovrebbero essere consultate nel momento di decidere quale metodo è appropriato nel contesto dato (si veda lo Standard 1 Gestione della malnutrizione acuta e di carenze di micronutrienti e la nota di orientamento 2).

4. **Linee guida:** Dove esistono linee guida nazionali, dovrebbero essere rispettate. In assenza di linee guida nazionali o dove non raggiungano gli standard internazionali, dovrebbero essere adottate le linee guida internazionali. Linee guida internazionalmente accettate si trovano nella sezione riferimenti ed ulteriore lettura.
5. **Criteri di ammissione** devono essere coerenti con le linee guida nazionali ed internazionali (vedi Appendice 4: Misurazione della malnutrizione acuta, e Riferimenti ed ulteriore lettura). I criteri di ammissione per i bambini <6 mesi e per i gruppi il cui stato antropometrico è difficile determinare, dovrebbero includere l'esame dello stato clinico e dell'allattamento al seno. Gli individui che sono sieropositivi, o sospettati o di esserlo, e coloro che hanno la tubercolosi o sono malati cronici dovrebbero avere parità di accesso alle cure se soddisfano i criteri di ammissione. Persone sieropositive che spesso richiedono un supporto nutrizionale, ma questo non è più offerto nel contesto di un trattamento per la malnutrizione acuta grave nei disastri. Questi individui e le loro famiglie dovrebbero essere sostenuti attraverso una gamma di servizi tra cui la comunità di cura a domicilio, centri di trattamento di TB e programmi di prevenzione volti alla trasmissione madre-figlio.
6. **Criteri di dimissione e di recupero:** Gli individui ricoverati devono essere privi di complicazioni mediche, hanno riacquisito il loro appetito e hanno raggiunto e mantenuto un adeguato aumento di peso senza un correlato edema nutrizionale (ad esempio per due pesate consecutive). Lo stato di allattamento è particolarmente importante per i bambini sotto i 6 mesi e per i bambini fino a 24 mesi. I neonati non allattati al seno richiederanno una più attenta azione supplementare. I criteri di dimissione dovrebbero essere rispettati al fine di evitare rischi connessi con la dimissione precoce. Linee guida definiscono i limiti per la durata media della degenza per il trattamento e mirano ad evitare prolungati periodi di recupero. La durata media del soggiorno varia a seconda delle linee guida in uso e così dovrebbe essere regolato per il contesto e le linee guida in uso nazionale. Un significativo aumento di peso deve essere calcolato separatamente per gli individui con e senza edema nutrizionale. HIV/AIDS e tubercolosi possono manifestarsi in alcuni individui malnutriti che non rispondono al trattamento. Opzioni per il trattamento o la cura a lungo termine dovrebbero essere considerate in relazione con i servizi sanitari e gli altri servizi di sostegno sociale e di comunità (si veda lo Standard 2 sui servizi sanitari essenziali- salute sessuale e riproduttiva).



- 7. Indicatori di performance** per la gestione della malnutrizione acuta grave si dovrebbero combinare risultati di cura ambulatoriale e di ricovero senza doppio conteggio (vale a dire la rimozione di trasferimenti tra i due componenti). Qualora ciò non sia possibile, il risultato dell'interpretazione dei tassi dovrebbe essere adeguato di conseguenza, ad esempio, i programmi dovrebbero prevedere indicatori migliori dove attuare cure ambulatoriali da soli e si deve lottare per gli indicatori, come indicato per la cura combinata nell'attuazione della assistenza ospedaliera per la sola popolazione. La popolazione di individui dimessi per malnutrizione acuta grave è costituita da coloro che sono guariti, morti, hanno abbandonato o che sono non recuperati (si veda lo Standard 1 Gestione della malnutrizione acuta e di carenze di micronutrienti, nota di orientamento 4). Gli individui per cui si fa riferimento ad altri servizi (ad esempio servizi medici) sono quelli che non hanno finito il trattamento. Dove segnalare i programmi solo per il trattamento ambulatoriale, trasferimenti a cure ospedaliere devono essere riportati nella valutazione dei risultati. Fattori quali la complessità clinica dell'HIV influenzano i tassi di mortalità in cui la percentuale di ricoveri HIV sono positivi. Anche se gli indicatori di performance non sono stati adeguati per queste situazioni, la loro considerazione è essenziale durante l'interpretazione. Oltre agli indicatori di scarico, di nuovi ricoveri, del numero di bambini in trattamento e dei tassi di copertura, devono essere valutati durante il monitoraggio delle prestazioni. Le cause di riammissione, il deterioramento dello stato clinico, di mancata risposta dovrebbero essere studiate e documentate su base continuativa. La definizione di questi dovrebbe essere adattata alle linee guida in uso.
- 8. Input di salute:** tutti i programmi per la gestione della malnutrizione acuta grave dovrebbero includere trattamenti sistematici in base alle linee guida nazionali o internazionali e di rinvio introdotto per la gestione della malattia di base, come la tubercolosi e l'HIV. In aree con un'alta prevalenza HIV le strategie per il trattamento della malnutrizione dovrebbero considerare sia gli interventi che cercano di evitare la trasmissione del virus HIV sia quelli che supportano i sistemi di rinvio dei sopravvissuti. Un effettiva cura per la TB materna e infantile e test per l'HIV sono essenziali.
- 9. L'allattamento al seno:** i neonati che sono ammessi per l'assistenza ospedaliera risultano essere tra i più indisposti. Le madri hanno bisogno di sostegno qualificato al seno come parte della riabilitazione nutrizionale e di recupero, in particolare per i bambini <6 mesi dovrebbero essere forniti tempo e risorse e una zona designata (angolo allattamento) per indirizzare il sostegno qualificato e abilitare il supporto tra pari può aiutare. Per l'allattamento al seno le madri di bambini gravemente malnutriti sotto i 6 mesi dovrebbero ricevere una razione supplementare indipendentemente dal loro stato nutrizionale tranne se corrispondono ai criteri antropometrici per

la malnutrizione acuta grave, nel qual caso essi dovrebbero essere anche ammessi per il trattamento.

- 10. Sostegno sociale e psicologico:** la stimolazione emotiva e fisica attraverso il gioco è importante per i bambini con malnutrizione acuta grave durante il periodo di riabilitazione. Coloro che si occupano di questi bambini (badanti) spesso necessitano di un sostegno sociale e psicologico per portare i loro figli per il trattamento. Questo può essere ottenuto attraverso programmi di mobilitazione che dovrebbero enfatizzare la stimolazione e l'interazione sia come trattamento e prevenzione di future disabilità e deficit cognitivi (vedere Principio di Protezione 4). Tutti i badanti di bambini gravemente malnutriti possano poter nutrire e prendersi cura dei loro bambini durante il trattamento attraverso la fornitura di consulenza, dimostrazioni e informazioni nutrizionali e sulla salute.



### Standard 3 Gestione della malnutrizione acuta e della carenza di micronutrienti: Carenza di micronutrienti

Gli interventi sui micronutrienti accompagnano interventi di sanità pubblica e altri interventi nutrizionali per ridurre le malattie comuni associate a situazioni di emergenza e di gestione della carenza di micronutrienti.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Formare il personale sanitario in modo da identificare e curare le carenze di micronutrienti (vedere le note di orientamento 1-2).
- ▶ Stabilire procedure per rispondere efficacemente ai tipi di carenze di micronutrienti ai quali la popolazione potrebbe essere a rischio (vedere la nota di orientamento 2).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ I casi di carenza di micronutrienti sono trattati secondo l'attuale migliore prassi clinica (vedere le note di orientamento 1-2).
- ▶ Interventi di micronutrienti accompagnano interventi di sanità pubblica per ridurre le malattie più comuni associate alle emergenze, come il morbillo (vitamina A) e la diarrea (zinco) (vedere le note di orientamento 3-4).

#### Note di orientamento

1. **Diagnosi e trattamento delle carenze cliniche di micronutrienti:** La diagnosi di alcune carenze di micronutrienti cliniche è possibile attraverso l'esame semplice. Indicatori clinici di queste carenze possono essere incorporati in sistemi di sorveglianza nutrizionale e di salute, anche se è necessaria un'attenta formazione del personale che garantisca una valutazione accurata. Sono problematiche le definizioni dei casi e in situazioni di emergenza sono spesso determinate solo attraverso la risposta all'integrazione da persone che si presentano come personale sanitario. Il trattamento di carenze di micronutrienti dovrebbe comportare la scoperta attiva del caso, l'utilizzo di definizioni del caso concordate e linee guida per il trattamento. I casi di accertamento e di trattamento dovrebbero essere realizzati sia all'interno del sistema sanitario sia nei programmi di alimentazione (vedere Sicurezza alimentare e valutazione della nutrizione Standard 2, nota di orientamento 6). Dove la prevalenza di carenze di micronutrienti supera

le soglie di salute pubblica (si veda Appendice 5: Misurazione del significato di salute pubblica della carenze di micronutrienti), può ritenersi opportuno il trattamento di copertura della popolazione con integratori. Lo scorbuto (vitamina C), pellagra (niacina), beri-beri (tiamina) e Ariboflavinosis (riboflavina) sono le epidemie più comunemente osservate derivate da un inadeguato accesso ai micronutrienti in popolazioni dipendenti dagli aiuti alimentari. Appurato ciò, le carenze dovrebbero essere affrontate con interventi a livello di popolazione, così come il trattamento individuale.

2. **Diagnosi e trattamento di carenze sub-cliniche di micronutrienti:** carenze sub-cliniche di micronutrienti possono avere effetti negativi sulla salute, ma non possono essere identificate direttamente senza l'esame biochimico. Un'eccezione è l'anemia, per la quale è disponibile un test biochimico che può essere svolto in modo relativamente facile nel campo (vedi Sicurezza alimentare e valutazione della nutrizione Standard 2, nota di orientamento 6 e Appendice 5: Misurazione del significato di salute pubblica della carenze di micronutrienti). Indicatori indiretti possono essere utilizzati per valutare il rischio di carenze nella popolazione colpita e determinare quanto deve essere migliorata la dieta alimentare o l'assunzione di integratori (vedere Sicurezza alimentare e valutazione della nutrizione Standard 2, nota di orientamento 6 e Appendice 5: Misurazione del significato di salute pubblica della carenze di micronutrienti).
3. **Prevenzione:** le strategie per la prevenzione delle carenze di micronutrienti sono descritte brevemente in sicurezza alimentare, sezione trasferimenti alimentari (si veda Sicurezza alimentare- trasferimenti alimentari Standard 1 a pagina 180). La prevenzione richiede anche il controllo di malattie come infezioni respiratorie acute, il morbillo e le infezioni parassitarie, come la malaria e la diarrea che riducono la presenza di micronutrienti (vedere Servizi sanitari essenziali-la salute del bambino Standard 1-2. La preparazione per il trattamento comporterà lo sviluppo di definizioni del caso, linee guida per il trattamento e sistemi per il reperimento attivo dei casi).
4. **Uso di micronutrienti nel trattamento di malattie comuni:** l'integrazione di micronutrienti deve essere inserita nella prevenzione e nel trattamento di alcune malattie. Ciò comprende la fornitura di vitamina A insieme alla vaccinazione contro il morbillo e l'inclusione di zinco con sali di reidratazione orale (ORS) nelle linee guida per il trattamento della diarrea (vedere servizi sanitari essenziali-la salute dei bambini standard 1-2 e Alimentazione di neonati e bambini Standard 2).



## 4. Sicurezza alimentare

Le risposte sulla sicurezza alimentare dovrebbero mirare a soddisfare i bisogni a breve termine, “non nuocere”, ridurre la necessità per la popolazione interessata di adottare strategie di reazione potenzialmente dannose e contribuire al ripristino della sicurezza alimentare a lungo termine.

Una valutazione accurata esamina l'opportunità e la fattibilità delle possibili opzioni di risposta (si veda Standard 1 Sicurezza alimentare e valutazione di nutrizione a pag. 150). Le risposte di sicurezza alimentare in questa sezione sono raggruppate negli standard per la sicurezza alimentare generale, per i trasferimenti alimentari, per i trasferimenti di denaro e di voucher e per mezzi di sostentamento.

Se si necessitano alimenti, dovrebbe essere considerata la forma appropriata di trasferimento, deve essere scelto con cura il paniere alimentare per i trasferimenti in natura o per mezzo di voucher. Le risposte per il sostentamento includono la produzione primaria, il reddito, l'occupazione, l'accesso a beni e servizi di mercato.

I trasferimenti di denaro liquido e di voucher possono essere utilizzati per una vasta gamma di beni e servizi in materia di sicurezza alimentare, così come per gli altri settori. Per la progettazione di interventi di sicurezza alimentare, è fondamentale comprendere la capacità del mercato e la modalità appropriata per la consegna.

Gli standard di sicurezza alimentare prendono in considerazione le risorse per soddisfare i bisogni alimentari della popolazione in generale e delle specifiche persone vulnerabili ad aumentato rischio nutrizionale. Fino a quando queste bisogni sono soddisfatti, qualsiasi risposta finalizzata alla cura della malnutrizione avrà un impatto limitato in quanto coloro che sono stati curati dalla malnutrizione torneranno a un'assunzione di cibo inadeguata e il loro stato nutrizionale sarà destinato a peggiorare ancora.

Metodi di targeting, di consegna e distribuzione dovrebbero ridurre il rischio di errori di inclusione ed esclusione. Ciò comprende il rischio che gli alimenti, il denaro o altra assistenza siano oggetto di appropriazione indebita da parte dei

combattenti. È importante che gli interventi di sicurezza alimentare non siano distorti dal peggiorare dei conflitti.

### Standard 1 Sicurezza alimentare: Sicurezza alimentare generale

Le persone hanno diritto all'assistenza alimentare umanitaria che garantisce la loro sopravvivenza e sostiene la loro dignità, e per quanto possibile impedisce l'erosione del loro patrimonio costruendo resilienza.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Progettare risposte iniziali per soddisfare bisogni immediati (si veda la nota di orientamento 1).
- ▶ Prendere in considerazione misure per sostenere, proteggere e promuovere la sicurezza alimentare (si veda la nota di orientamento 2).
- ▶ Basare le risposte su analisi del suono, sui loro benefici, rischi e costi associati, e sulle strategie di reazione degli individui (si veda la nota di orientamento 3).
- ▶ Sviluppare una transizione e strategie di uscita per tutte le risposte al disastro, aumentare la loro consapevolezza e applicarle a seconda dei casi (si veda la nota di orientamento 4).
- ▶ Garantire che i beneficiari abbiano accesso a un sostegno adeguato compresa la fornitura di necessarie conoscenze, competenze e servizi (si veda la nota di orientamento 5).
- ▶ Proteggere e preservare l'ambiente naturale da un ulteriore degrado in tutte le risposte (si veda la nota di orientamento 6).
- ▶ Monitorare per determinare il livello di accettazione e di accesso agli interventi di diversi gruppi e individui, e garantire la copertura globale della popolazione colpita dal disastro, senza discriminazione (si veda la nota di orientamento 7).
- ▶ Valutare per misurare gli effetti delle risposte sull'economia locale, sulle reti sociali, sui mezzi di sostentamento e sull'ambiente naturale, e garantire che i risultati siano effettivamente condivisi e utilizzati per influenzare eventuali ulteriori interventi (si veda la nota di orientamento 8).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)



- ▶ Tutte le persone colpite dal disastro che necessitano di risposte sulla sicurezza alimentare ricevono un'assistenza che soddisfa i loro bisogni primari, impedisce l'impoverimento del loro patrimonio, le mette in condizioni di scegliere e promuove la loro dignità.
- ▶ Le famiglie non utilizzano strategie di risposta negativa (si veda la nota di orientamento 3).
- ▶ La scelta di contanti, buoni o una combinazione di questi si basa su un'analisi di valutazione approfondita (si veda Standard 1 Sicurezza alimentare-trasferimenti di denaro o voucher).

### Note d'orientamento

1. **Dare la priorità a risposte salvavita:** distribuzione di alimenti, denaro o voucher o una combinazione di questi è la risposta iniziale più comune all'insicurezza alimentare acuta. Altri tipi di risposta dovrebbero essere considerati, compresi i sussidi alimentari, esenzioni commissionali temporanee, programmi di occupazione, il supporto produttivo di mezzi di sostentamento, smaltimento, fornitura foraggio e sostegno ai mercati. Se i mercati sono funzionanti e accessibili e non compaiono seri rischi di inflazione, la priorità potrebbe essere di ristabilire le modalità normali di mercato e rilanciare le attività economiche che danno lavoro (vedere le sezioni di interventi sui mercati e sulla sicurezza alimentare in Riferimenti e ulteriori letture). Tali strategie potrebbero essere più adatte della distribuzione di cibo se offrono vantaggi e supporto in determinate condizioni di vita, riducendo la futura vulnerabilità e proteggendo la dignità. Le agenzie dovrebbero tener conto di ciò che gli altri stanno facendo per garantire che la risposta combinata fornisce fattori e servizi complementari.
2. **Sostenimento, protezione e promozione della sicurezza alimentare:** ciò include una vasta gamma di risposte e di sostegno. Mentre soddisfare i bisogni immediati e preservare le attività produttive sarà la priorità durante le fasi iniziali di un disastro, le risposte dovrebbero essere pianificate con una prospettiva più a lungo termine e integrate con risposte da altri settori. Nel breve termine, può non essere possibile raggiungere la sicurezza alimentare attraverso le strategie di sostentamento delle persone. Tuttavia, dovrebbero essere sostenute le strategie esistenti che contribuiscono alla sicurezza alimentare e salvaguardano la dignità. Risposte sulla sicurezza alimentare dovrebbero impedire un'ulteriore impoverimento del patrimonio, portare verso il recupero dei beni perduti nelle catastrofi e aumentare la capacità di ripresa nei rischi futuri.
3. **Rischi legati alle strategie di reazione:** dovrebbero essere sostenute le strategie di reazione che contribuiscono alla sicurezza alimentare e alla dignità. Tuttavia, tali strategie potrebbero determinare spese o esporre a rischi che aumentano la vulnerabilità (si veda Standard 1 Sicurezza alimentare e valutazione di nutrizione). I rischi devono essere riconosciuti il prima possibile e intrapresi interventi tempestivi per aiutare le persone a evitare il ricorso a tali strategie. Per esempio, la distribuzione del legno e/o di stufe a basso consumo di carburante può evitare un utilizzo eccessivo di risorse naturali e di recarsi in aree insicure; sovvenzioni in denaro possono evitare le vendite sottocosto di beni e terreni (si veda Principio di protezione 1).
4. **Uscita e strategie di transizione** devono essere considerate sin dall'inizio, in particolare se la risposta ha implicazioni a lungo termine. Per esempio, la fornitura di servizi gratuiti che normalmente sono a pagamento, come i servizi veterinari, può rendere difficile la ripresa dei servizi a pagamento. Prima della chiusura di un programma o del passaggio a una nuova fase, dovrebbe essersi verificato un miglioramento e ci dovrebbero essere altri soggetti più adatti che si assumono la responsabilità. Nel caso dei trasferimenti alimentari, dei trasferimenti di denaro e/o di voucher, si può verificare un collegamento con la protezione sociale esistente o con i sistemi di rete di sicurezza a lungo termine o sostenendo con i governi e i donatori l'istituzione di sistemi che affrontano l'insicurezza alimentare cronica.
5. **Accesso alla conoscenza, competenze e servizi:** le strutture organizzative devono essere progettate e programmate insieme ai beneficiari, in modo che siano appropriate e adeguatamente mantenute, possibilmente oltre la durata dell'intervento. Alcuni individui hanno bisogni molto specifici, per esempio servizi adeguati possono fornire ai bambini orfani a causa dell'AIDS le informazioni e il trasferimento di competenze che si svolge all'interno delle famiglie.
6. **Impatto ambientale :** la base di risorse naturali per la produzione e per i mezzi di sostentamento della popolazione colpita dal disastro (e la popolazione ospitante) deve essere conservata. È da considerare l' impatto ambientale durante la valutazione e la pianificazione di qualsiasi risposta. Per esempio, chi vive nei campi necessita di combustibile per cucinare, che può accelerare la deforestazione locale. La distribuzione di alimenti con tempi di cottura prolungati richiederà più combustibile di cottura, con potenziali ripercussioni sull'ambiente (si veda Standard 2 Sicurezza alimentare - trasferimenti di alimenti). Le risposte possono anche aiutare il recupero dell'ambiente dal degrado. Per esempio, lo smaltimento riduce la pressione sui pascoli durante un periodo di siccità, rendendo più pascolo disponibile per far sopravvivere il bestiame. Se possibile, le risposte dovrebbero rafforzare la capacità delle persone di gestire le risorse naturali, in particolare durante la fornitura di fattori. Deve essere valutato e mitigato il rischio di una risposta che causa o



aggrava le tensioni sulle risorse naturali, alimentando così i conflitti (si veda Principio di protezione 1).

7. **Copertura, accesso e accettabilità:** devono essere valutati i beneficiari e le loro caratteristiche, e il loro numero, disaggregato per sesso ed età, stimato prima di determinare il livello di partecipazione dei diversi gruppi (con particolare attenzione alle persone vulnerabili). La partecipazione è in parte determinata dalla facilità di accesso e dall'accettabilità delle attività dei partecipanti. Anche se alcune risposte sulla sicurezza alimentare sono mirate a chi è economicamente attivo, non devono discriminare ingiustamente e dovrebbero essere accessibili alle persone vulnerabili e proteggere i familiari a carico, compresi i bambini. I vincoli possono limitare la partecipazione, come la riduzione della capacità lavorativa, il pesante carico di lavoro a casa, la gravidanza, l'alimentazione e la cura per i bambini, e la malattia e la disabilità. Il superamento di vincoli comporta attività che si identificano nella capacità dei gruppi o istituzione di strutture di sostegno adeguate. In seguito alla consultazione di tutti i gruppi della popolazione, si devono individuare gli obiettivi basati sull' autoselezione (si veda Protezione Principio 2).
8. **Monitoraggio e valutazione:** è necessario monitorare la più ampia situazione della sicurezza alimentare per valutare la pertinenza di un intervento, determinare il momento di eliminare gradualmente le attività specifiche, introdurre modifiche o nuovi progetti e individuare la necessità di appoggio. La valutazione deve essere basata sui criteri di Development Assistance Committee stabiliti e registrati dall'OCSE, i quali misurano quanto segue: appropriatezza, collegamento, coerenza, copertura, efficienza, efficacia e impatto.

## 4.1. Sicurezza alimentare – Trasferimenti di viveri

Lo scopo dei trasferimenti alimentari è quello di garantire alle persone un accesso sicuro a alimenti di qualità e in quantità adeguate, e fornire i mezzi per prepararlo e consumarlo in modo sicuro.

Generalmente le distribuzioni di cibo (gratuite) sono introdotte se necessarie, mirate ai più bisognosi di alimenti e interrotte quando i beneficiari hanno recuperato la capacità di produrre o accedere al loro cibo attraverso altri mezzi. I beneficiari possono richiedere il passaggio ad altre forme di assistenza, come trasferimenti condizionali o risposte di sostentamento.

L'alimentazione supplementare può essere necessaria in aggiunta a qualsiasi razione generale per gli individui a rischio (per esempio i bambini di età compresa tra 6-59 mesi e le donne in gravidanza o in allattamento). Ciò può essere ignorato o considerato a seconda del contesto (si veda Standard 1 Gestione della malnutrizione acuta e della carenze di micronutrienti).

Per entrambe le distribuzioni generali di cibo e di alimentazione supplementare, sono fornite razioni da portare a casa, se possibile. L'alimentazione sul posto è intrapresa solo quando le persone non hanno mezzi per cucinare per se stessi (subito dopo un disastro o durante uno spostamento della popolazione), quando l'insicurezza mette i destinatari di razioni da portare a casa a rischio o per l'alimentazione di emergenza a scuola (anche se le razioni da portare a casa possono essere distribuite attraverso la scuola).

La gestione della catena di fornitura (GCF) deve essere particolarmente robusta e responsabile - la vita può essere immediatamente messa a rischio e i trasferimenti alimentari sono spesso una parte considerevole delle risposte ai disastri. I sistemi di distribuzione e di consegna devono essere controllati in tutte le fasi, anche a livello comunitario, e la trasparenza attraverso una comunicazione efficace ha un ruolo fondamentale.

Le valutazioni periodiche dovrebbero diffondere i risultati ed essere discusse con le parti interessate, tra cui la popolazione colpita e le istituzioni locali.

**Standard 1 Sicurezza alimentare - trasferimenti alimentari:**  
**Requisiti generali di nutrizione** Sono garantite i bisogni nutrizionali della popolazione colpita dal disastro, comprese quelle dei soggetti più a rischio.



**Azioni chiave** (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Utilizzare i livelli di accesso a un'adeguata quantità e qualità dei prodotti alimentari per determinare se la situazione è stabile o meno (si vedano le note di orientamento 1-4-5).
- ▶ Pianificare i trasferimenti alimentari sulla base dei requisiti standard inizialmente pianificati per l'energia, proteine, grassi e micronutrienti, opportunamente adattati alla situazione locale (si vedano gli indicatori chiave, la nota di orientamento 2 e l'appendice 6: Requisiti nutrizionali).
- ▶ Garantire che l'accesso della popolazione ad alimenti nutritivi adeguati e di supporto nutrizionale tutelato, promosso e sostenuto (si vedano le note di orientamento 3-8).
- ▶ Assicurare che i bambini tra i 6-24 mesi abbiano accesso a nutrienti, alimenti complementari ad alta densità energetica e che le donne in gravidanza e in allattamento abbiano accesso a un supporto nutrizionale aggiuntivo (si vedano la nota di orientamento 2).
- ▶ Garantire alle famiglie con membri affetti da malattie croniche, tra cui persone sieropositive, e ai soggetti con disabilità o vulnerabilità specifiche, l'accesso a cibo nutriente adeguato e supporto nutrizionale aggiuntivo (si vedano le note di orientamento 6-8).

**Indicatori chiave** (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Vi è un adeguato accesso a una gamma di alimenti, tra cui un alimento base (cereali o tuberi), legumi (o prodotti di origine animale) e fonti di grassi, che insieme soddisfano il fabbisogno nutrizionale (si vedano le note di orientamento 2-3-5).
- ▶ Vi è un accesso adeguato al sale iodato per la maggior parte (>90 per cento) delle famiglie (si vedano le note di orientamento 2-4 e Appendice 6: Requisiti nutrizionali).
- ▶ Vi è un accesso adeguato alle fonti di niacina (per esempio legumi, noci, pesce essiccato) se la base è il mais o sorgo (si vedano le note di orientamento 2-3 e Appendice 5: Misurazione del significato di sanità pubblica della carenza di micronutrienti e Appendice 6: Requisiti nutrizionali).
- ▶ Vi è un accesso adeguato alle fonti di tiamina (per esempio legumi, noci, uova), se l'alimento base è il riso brillato (si vedano le note di orientamento 2-3).
- ▶ Vi è un accesso a fonti di riboflavina quando i soggetti sono dipendenti da una dieta molto limitata (si vedano le note di orientamento 2-3).

- ▶ Non ci sono casi di scorbuto, pellagra, beri-beri o di carenza di riboflavina (si vedano la nota di orientamento 5 e l'Appendice 5: Misurazione del significato di sanità pubblica della carenze di micronutrienti).
- ▶ La prevalenza di carenza di vitamina A, carenza di ferro anemica e di disturbi da carenze di iodio non sono di importanza critica per la sanità pubblica (si vedano la nota di orientamento 5 e l'Appendice 5: Misurazione del significato di sanità pubblica della carenze di micronutrienti).

**Note di orientamento**

1. **Interpretare l'accesso al cibo:** l'accesso al cibo può essere valutato con strumenti di analisi quali il conteggio delle calorie o con strumenti di diversità alimentare. Gli approcci che considerano una serie di variabili tra cui la sicurezza alimentare, l'accesso ai mercati, i mezzi di sostentamento, la salute e la nutrizione si rivelano appropriati per determinare se la situazione è stabile o in calo, e se sono necessari gli interventi (si veda standard 1 Valutazione sulla sicurezza alimentare e sulla nutrizione: la sicurezza alimentare).
2. **Bisogni nutrizionali e pianificazione delle razioni:** le seguenti stime per i requisiti minimi di una popolazione devono essere utilizzati per pianificare le razioni generali, con i dati corretti per ciascuna popolazione, come descritto nell'Appendice 6: Bisogni nutrizionali:
  - 2.100 kcal/persona/giorno
  - 10% di tutta l'energia fornita dalle proteine
  - 17% di tutta l'energia fornita dai grassi
  - adeguato apporto di micronutrienti.

Le razioni alimentari generali possono essere progettate con gli strumenti di pianificazione delle razioni (per esempio NutVal). Se le persone non hanno accesso agli alimenti, la razione distribuita a tutti dovrebbe soddisfare i bisogni nutrizionali totali. Devono essere stabilite previsioni concordate per le quantità medie di cibo accessibili dalla popolazione colpita (Standard 1 Valutazione sulla sicurezza alimentare e sulla nutrizione: sicurezza alimentare). Le razioni dovrebbero quindi essere pianificate per compensare la differenza tra fabbisogno nutrizionale e quello che le persone possono assumere per provvedere autonomamente a se stessi. Così, se il requisito standard è 2.100 kcal a persona al giorno e la valutazione determina che i soggetti all'interno della popolazione di riferimento possono acquisire in media 500kcal a persona al giorno con i propri sforzi o risorse, la razione dovrebbe fornire  $2.100-500=1.600$  kcal a persona al giorno. A parte il contenuto energetico della dieta, è essenziale la considerazione di proteine, grassi, vitamine e minerali negli alimenti di pianificazione. Se una razione deve fornire il contenuto di energia della dieta, allora deve



contenere quantità adeguate di tutte le sostanze nutritive. Se una razione è destinata a fornire solo una parte del fabbisogno energetico della dieta, allora può essere pianificata utilizzando uno dei due approcci. Se il contenuto dei nutrienti degli altri alimenti disponibili alla popolazione è sconosciuto, la razione deve essere pianificata per fornire un equilibrato apporto di nutrienti che è proporzionale al contenuto di energia della razione. Se il contenuto dei nutrienti degli altri alimenti disponibili per la popolazione è conosciuto, la razione può essere pianificata per integrare tali alimenti e per colmare lacune nutrizionali. Le medie di pianificazione per le razioni generali tengono conto delle ulteriori bisogni delle donne in gravidanza e in allattamento. Deve essere incluso nella razione generale un alimento adeguato e accettabile per i bambini (si veda Standard 2 Alimentazione di neonati e di bambini a pag.160). Deve esserci equità in modo tale che razioni alimentari simili sono previste ugualmente per la popolazione colpita e per i sottogruppi della popolazione. I pianificatori devono essere consapevoli che diverse scale di razioni nelle comunità adiacenti possono causare tensioni. L'ingestione di quantità eccessive di micronutrienti può essere dannosa e la pianificazione delle razioni deve considerare tale rischio, soprattutto se devono essere inclusi diversi prodotti alimentari arricchiti.

3. **Prevenire la malnutrizione acuta e le carenze di micronutrienti:** Se gli indicatori chiave alimentari sono soddisfatti, allora dovrebbe essere evitato il peggioramento dello stato nutrizionale della popolazione in generale, sebbene siano fornite misure di sanità pubblica in grado di prevenire malattie come il morbillo, malaria e infezioni parassitarie (si vedano Standard 1 e 2 Servizi sanitari essenziali - il controllo delle malattie trasmissibili). Può essere difficile garantire un adeguato contenuto di nutrienti nelle razioni degli aiuti alimentari quando vi sono tipi di alimenti a disposizione limitati. Le opzioni per il miglioramento della qualità nutrizionale della razione comprendono fortificazione di generi di prima necessità, l'inclusione di alimenti miscelati fortificati, l'inclusione di prodotti acquistati a livello locale per fornire nutrienti mancanti e/o l'utilizzo di prodotti di integrazione alimentare, come base di lipidi, nutrienti, cibi da usare veloci o più compresse o polveri di micronutrienti. Tali prodotti possono essere indirizzati a soggetti vulnerabili come i bambini di età compresa tra 6-24 o 6-59 mesi o donne in gravidanza e allattamento. Eccezionalmente, se gli alimenti ricchi di nutrienti sono disponibili a livello locale, si aumenta la quantità di cibo in una razione generale per permettere più scambi alimentari, ma si devono considerare il costo, l'efficacia e l'impatto sul mercato. Altre opzioni che possono essere utili anche per la prevenzione delle carenze di micronutrienti comprendono misure di sicurezza alimentare per promuovere l'accesso a cibi nutrienti (si vedano Standard 1 Valutazione sulla sicurezza alimentare e sulla nutrizione e Standard 1 e 2 La sicurezza alimentare- mezzi di sostentamento). Si dovrebbero valutare le perdite di micronutrienti, che possono verificarsi durante il trasporto, il magazzinaggio,

la lavorazione, la cottura e la biodisponibilità delle diverse forme chimiche, sia dei minerali che delle vitamine.

4. **Monitorare l'utilizzo delle razioni alimentari:** principali indicatori indirizzano l'accesso agli alimenti, ma non quantificano l'utilizzo alimentare o la biodisponibilità dei nutrienti. La misura diretta dell'assunzione di nutrienti imporrebbe requisiti irrealistici per la raccolta di informazioni. Tuttavia, l'utilizzo può essere stimato indirettamente tramite informazioni provenienti da varie fonti, le quali possono includere il monitoraggio della disponibilità alimentare e dell'utilizzo domestico, della valutazione dei prezzi alimentari e della disponibilità alimentare nei mercati locali, esaminando i piani di distribuzione di aiuti alimentari e dei registri, e valutando il contributo di cibi selvatici e la sicurezza alimentare. L'assegnazione degli alimenti all'interno delle famiglie può non essere sempre equa e le persone vulnerabili possono risentirne, ma di solito non è possibile misurare tali aspetti. I meccanismi di distribuzione appropriati (si veda Standard 5 Sicurezza alimentare - trasferimenti alimentari a pag.192), la scelta degli alimenti e il confronto con la popolazione interessata possono contribuire a una migliore distribuzione alimentare all'interno delle famiglie (si veda lo Standard Fondamentale 1).
5. **Gli anziani:** possono essere particolarmente colpiti dai disastri. I fattori di rischio che riducono l'accesso possono aumentare il fabbisogno di nutrienti che includono la malattia e la disabilità, l'isolamento, lo stress psicosociale, le grandi dimensioni della famiglia, il freddo e la povertà. Le persone anziane dovrebbero essere in grado di accedere facilmente a fonti di cibo (compresi i trasferimenti alimentari). Gli alimenti devono essere facili da preparare e da consumare, dovrebbero soddisfare la proteina supplementare e i bisogni di micronutrienti di persone anziane.
6. **I sieropositivi** possono affrontare la malnutrizione con maggior rischio, per una serie di fattori, per esempio la ridotta assunzione di alimenti dovuta alla perdita di appetito o la difficoltà a mangiare, il cattivo assorbimento delle sostanze nutritive a causa della diarrea, parassiti o danni alle cellule intestinali, alterazioni del metabolismo, e infezioni croniche e malattie. Il fabbisogno energetico dei sieropositivi aumenta a seconda della fase dell'infezione. I sieropositivi necessitano di mantenersi nutriti e sani per ritardare il più possibile l'insorgenza dell'AIDS. Prodotti macinati e fortificati, miscelati o integratori specializzati alimentari sono le possibili strategie per migliorare l'accesso a una dieta adeguata. In alcune situazioni può essere opportuno aumentare la dimensione complessiva di ogni razione alimentare. Occorre considerare la fornitura di terapia antiretrovirale (ART) e il ruolo di supporto nutrizionale che può svolgere nella tolleranza e nell'aderenza a questo trattamento.
7. **Le persone con disabilità:** le persone con disabilità possono rischiare particolarmente di essere separate dai familiari stretti e dagli usuali badanti in



un disastro. Essi possono anche affrontare la discriminazione che colpisce l'accesso al cibo. Gli sforzi devono essere rivolti a determinare e ridurre tali rischi, assicurando l'accesso fisico al cibo, lo sviluppo di meccanismi per l'alimentazione di sostegno (per esempio, fornitura di cucchiaini e cannucce, lo sviluppo di sistemi di visite a domicilio o servizi) e garantire l'accesso agli alimenti ad alta densità energetica e di nutrienti. I rischi nutrizionali specifici includono difficoltà nella masticazione e nella deglutizione (che porta alla ridotta assunzione di alimenti e al soffocamento). La posizione o postura inappropriata durante l'alimentazione, la mobilità ridotta che interessano l'accesso agli alimenti e alla luce del sole (che interessano lo stato della vitamina D), e stipsi, che possono per esempio influenzare gli individui con paralisi cerebrale.

8. **Operatori sanitari e coloro a cui prestano assistenza** possono affrontare ostacoli nutrizionali specifici, per esempio, avere meno tempo per accedere al cibo perché sono malati o perché si prendono cura dei malati, necessitare di mantenere le pratiche igieniche le quali possono essere compromesse, disporre di un minor numero di beni da scambiare per gli alimenti a causa dei costi dei trattamenti funerali e possono affrontare lo stigma sociale e l'accesso ridotto ai meccanismi di sostegno della comunità. È importante che gli operatori sanitari siano supportati e non indeboliti nella cura dei soggetti vulnerabili; il supporto offerto dovrebbe essere rivolto all'alimentazione, all'igiene, alla salute psicosociale e alla protezione. Le esistenti reti sociali possono essere utilizzate per fornire formazione ai membri selezionati dalla popolazione per assumere la responsabilità in queste zone (si veda il Principio di protezione 4).

### Standard 2 Sicurezza alimentare – trasferimenti alimentari: Appropriatezza e accettabilità

I prodotti alimentari forniti sono appropriati e accettabili per i destinatari, in modo che possano essere utilizzati in modo efficiente ed efficace a livello domestico.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Consultare i soggetti colpiti dal disastro durante la valutazione e la progettazione del programma sulla accettabilità, la familiarità e l'adeguatezza dei prodotti alimentari, e garantire che i risultati informano le decisioni sulle scelte alimentari (si veda la nota di orientamento 1).
- ▶ Valutare la capacità delle persone di conservare il cibo, il loro accesso all'acqua e al carburante, i tempi di cottura e i requisiti per l'ammollo nella scelta dei tipi di alimenti (si veda la nota di orientamento 2).

- ▶ Quando gli alimenti distribuiti non sono per le famiglie, fornire istruzioni per la preparazione adeguata alle persone che preparano il cibo, preferibilmente in lingua locale (si veda la nota di orientamento 3).
- ▶ Assicurarsi che i soggetti colpiti dal disastro abbiano accesso a beni culturalmente importanti, tra cui condimenti (si veda la nota di orientamento 4).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Le decisioni del programma si basano sulla piena partecipazione di tutte le persone individuate nella selezione dei prodotti alimentari (si vedano le note di orientamento 1 - 4).
- ▶ La progettazione del programma prende in considerazione l'accesso idrico, quello al combustibile per la cottura e alle apparecchiature per il trattamento degli alimenti (si vedano le note di orientamento 2-3).
- ▶ Non vi è alcuna distribuzione generale di latte o di prodotti lattiero-caseari liquidi o in polvere come materie prime singole (si veda la nota di orientamento 5).

#### Note di orientamento

1. **Familiarità e accettabilità:** il valore nutritivo è la prima considerazione quando si sceglie un paniere alimentare. I prodotti devono essere familiari ai destinatari e coerenti con le tradizioni religiose e culturali, compresi eventuali tabù alimentari per le donne in stato di gravidanza o in allattamento. Le persone vulnerabili dovrebbero partecipare alle consultazioni sulle scelte alimentari. Se si utilizza cibo non familiare, esso dovrebbe essere potenzialmente appetibile a livello locale. Nei report di valutazione e nelle richieste ai donatori, dovrebbero essere spiegate le scelte degli alimenti (inclusione ed esclusione). Quando le catastrofi impediscono l'accesso ai servizi per cucinare devono essere forniti alimenti pronti per l'uso (si veda anche Standard 2 Neonati e bambini a pag.160). Senza la possibilità di cucinare, può sussistere la possibilità di fornire cibo non familiare e possono essere considerate anche speciali razioni di emergenza.
2. **Conservazione degli alimenti e preparazione:** la capacità delle persone di conservare gli alimenti dovrebbe influenzare la scelta dei prodotti. Per i requisiti di acqua, si veda Standard 1 Approvvigionamento idrico a pag.97. È necessaria una valutazione del carburante per preparare una selezione di cibo e assicurare che i beneficiari possano cucinare sufficientemente evitando così rischi per la salute, per la sicurezza e nei confronti dell'ambiente attraverso la raccolta eccessiva di legna da ardere (si veda Principio di protezione 1 a pag.33). In generale, gli alimenti forniti non dovrebbero richiedere tempi di cottura lunghi e grandi quantità di acqua. Il grano macinato normalmente riduce il tempo di cottura e di carburante. Per le apparecchiature di cottura,



si vedano Standard 6 Sicurezza alimentare- trasferimenti di cibo a pag.197 e Standard 3-4 Prodotti non alimentari alle pag.273-274).

3. **Trasformazione dei prodotti alimentari:** i cereali integrali hanno il vantaggio di una durata più lunga e possono avere un valore superiore per i destinatari. I cereali integrali possono essere distribuiti dove il livello domestico della macinazione è tradizionale o dove vi è l'accesso ai mulini locali. Possono essere fornite strutture per la fresatura commerciale a bassa estrazione, la quale rimuove germi, olio e gli enzimi (che causano l'irrancidimento) e aumenta notevolmente la durata della conservazione, anche se si riduce il contenuto proteico. La fresatura è impiegata diversamente per il mais: macinato intero, esso ha una durata di sole sei-otto settimane, in tal modo la fresatura dovrebbe avvenire poco prima del consumo. La legislazione nazionale in materia di importazione e distribuzione di cereali integrali deve essere rispettata. I costi di fresatura per i destinatari possono essere soddisfatti in contanti o in voucher, il metodo meno preferito di grano supplementare, o la fornitura di attrezzature di fresatura.
4. **Elementi culturalmente importanti:** La valutazione dovrebbe identificare condimenti culturalmente importanti e altri prodotti alimentari che sono una parte essenziale delle abitudini alimentari quotidiane (per esempio, spezie e tè) e determinare l'accesso delle persone a tali alimenti. Il paniere alimentare dovrebbe essere progettato di conseguenza, soprattutto dove le persone dipendono dalle razioni alimentari per un periodo prolungato..
5. **Latte:** non si dovrebbe verificare una distribuzione non mirata di prodotti per i neonati gratuiti o sovvenzionati di latte in polvere, di latte liquido o di prodotti lattiero-caseari come singola merce (questo include il latte destinato alla miscelazione con il tè) in una distribuzione di cibo in generale o di un programma di alimentazione supplementare, il loro consumo casuale può causare gravi rischi per la salute. Eventuali interventi che coinvolgono il latte dovrebbero svolgersi in conformità con la Guida Operativa, il Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei BMS e successive risoluzioni pertinenti (si vedano Standard 1 e 2 Alimentazione dei neonati e dei bambini alle pag.159-160).

### Sicurezza alimentare- trasferimenti alimentari standard 3: qualità e sicurezza alimentare

Il cibo distribuito è idoneo al consumo umano e di qualità adeguata.

**Azioni chiave** (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Scegliere gli alimenti che sono conformi alle norme nazionali del paese destinatario e altri standard accettati a livello internazionale (vedere le note di orientamento 1-2).
- ▶ Distribuire gli alimenti entro la data di scadenza o vicino alla data preferibile per la consumazione (vedere la nota di orientamento 1).
- ▶ Consultare i destinatari circa la qualità del cibo distribuito e agire tempestivamente sulle questioni che emergono (vedere la nota di orientamento 3).
- ▶ Scegliere una confezione alimentare appropriata che sia robusta, comoda per il trasporto, il magazzinaggio e la distribuzione, e che non sia pericolosa per l'ambiente (vedere la nota di orientamento 4).
- ▶ Le etichette delle confezioni devono contenere un linguaggio appropriato; per gli alimenti confezionati, indicare la data di produzione, provenienza, data di scadenza per gli alimenti potenzialmente pericolosi, e informazioni sui nutrienti (vedere la nota di orientamento 4).
- ▶ Trasporto e conservazione alimentare da effettuare in condizioni adeguate, utilizzando pratiche migliori nella gestione del magazzinaggio, con controlli sistematici sulla qualità degli alimenti (vedere la nota di orientamento 5). Indicatori chiave (Da leggere unitamente alle note di orientamento)
- ▶ Tutti i destinatari ricevono alimenti utili: per la sicurezza, gli alimenti non dovrebbero rappresentare un rischio per la salute; per la qualità, devono soddisfare le specifiche di qualità ed essere nutrienti (vedere le note di orientamento 1-2, 4).
- ▶ Un controllo della responsabilità raccoglie tutte le lamentele dei beneficiari ricevute e risolte (vedere la nota di orientamento 3).

**Indicatori chiave** (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Tutti i destinatari ricevono cibo che risponda ai loro bisogni: deve essere in buona salute, vale a dire di non presentare un rischio per la salute; esso deve essere di buona qualità, cioè corrisponde alle norme e essere nutriente (vedi note di orientamento 1, 2 e 4).
- ▶ Un dispositivo di tracking sotto la responsabilità tiene traccia di tutte le denunce dei beneficiari e le misure adottate per risolverli (vedi nota di orientamento 3).

**Note di orientamento**

1. **Qualità degli alimenti:** gli alimenti devono essere conformi alle norme alimentari del governo beneficiario e /o agli standard del Codice Alimentare in materia di qualità, imballaggio, etichettatura e idoneità allo scopo. Il cibo deve



essere sempre idoneo al consumo umano ma deve anche essere idoneo allo scopo. Quando non ha i requisiti per essere utilizzato nel modo previsto è inadatto allo scopo anche se è idoneo al consumo umano (per esempio, la qualità della farina non può consentire la cottura a livello familiare, anche se è sicura da consumare). Per i test di qualità, i campioni devono essere compilati secondo il piano di campionamento e sistematicamente controllati con l'acquisto di enti che garantiscono l'adeguata qualità. Se necessario, gli alimenti acquistati localmente o importati devono essere accompagnati da certificati fitosanitari o altri certificati di ispezione. Il test campione casuale deve essere effettuato sulle scorte. La fumigazione deve utilizzare prodotti appropriati e seguire procedure rigorose. Quando grandi quantità sono coinvolte o vi sono dubbi o contestazioni sulla qualità, gli ispettori di qualità indipendenti dovrebbero esaminare la spedizione. Le informazioni sull'età e la qualità delle spedizioni alimentari si possono ottenere dai certificati dei fornitori, dai rapporti di ispezione e di controllo sulla qualità, dalle etichette dei pacchetti e dei report di magazzino. Gli alimenti inadatti devono essere smaltiti con cura (si veda Standard 4 Sicurezza alimentare-trasferimenti alimentari, nota di orientamento 10 a pag.190).

2. **Alimenti geneticamente modificati:** le direttive nazionali per la recezione e l'utilizzo di alimenti geneticamente modificati devono essere comprese e rispettate. Tali norme dovrebbero considerarsi al momento di pianificare i trasferimenti di cibo che si prevede di utilizzare nelle importazioni.
3. **Reclami e meccanismo di risposta:** le agenzie devono garantire la presenza di adeguati meccanismi di reclamo e risposta sulla qualità e sulla sicurezza dei prodotti alimentari per la responsabilità dei destinatari (vedere Standard Fondamentale 1, nota di orientamento 2).
4. **Confezione:** se possibile, l'imballaggio deve consentire la distribuzione diretta, senza ri-misurazione (per esempio, dosaggio) o reimballaggio: confezioni adeguate possono garantire che siano soddisfatti gli standard di razionamento. Gli imballaggi alimentari non devono portare alcun messaggio politico o religioso motivato o che può creare contrasti. I rischi ambientali possono essere fronteggiati dalla scelta del confezionamento (come sacchi e barattoli). Gli imballaggi pronti per l'uso (come pellicole) richiedono controlli specifici per lo smaltimento sicuro.
5. **Aree di magazzino** devono essere asciutte e igieniche, adeguatamente protette dagli agenti atmosferici e non contaminate da sostanze chimiche o altri residui. Dovrebbero anche essere assicurate contro i parassiti, come insetti e roditori (vedere anche Standard 1 Sicurezza alimentare - trasferimenti alimentari).

#### Standard 4 La sicurezza alimentare - trasferimenti alimentari: Gestione della catena di fornitura (GCF)

I prodotti e i costi associati sono ben gestiti con sistemi imparziali, trasparenti e reattivi.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Stabilire un sistema GCF coordinato, efficiente utilizzando possibilmente la capacità locale (vedere le note di orientamento 1-3).
- ▶ Assicurare una procedura trasparente, equa ed aperta per aggiudicarsi gli appalti (vedere le note di orientamento 1-2, 4).
- ▶ Costruire relazioni solide con i fornitori e con i prestatori di servizi e far rispettare le pratiche etiche (vedere le note di orientamento 1-2, 4-5).
- ▶ Formare e supervisionare il personale a tutti i livelli del sistema GCF per osservare la qualità degli alimenti e delle procedure di sicurezza (vedere la nota di orientamento 5). Stabilire adeguate procedure di responsabilità, compresi i sistemi di inventario, di segnalazione e sistemi finanziari (vedere le note di orientamento 6-8).
- ▶ Ridurre al minimo le perdite, compreso il furto, e considerare tutte le perdite (vedere note di orientamento 9-11).
- ▶ Monitorare e gestire la condotta di cibo in modo che siano intraprese tutte le azioni possibili per evitare deviazioni illegali e interruzioni di distribuzione e che tutti i soggetti siano regolarmente informati sulle prestazioni della catena di fornitura (vedere le note di orientamento 12-13).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Il cibo raggiunge i punti di distribuzione previsti (vedere note di orientamento 1 e 7).
- ▶ I sistemi di monitoraggio dei prodotti, che rappresentano l'inventario e sistemi di segnalazione sono in atto a partire dall'inizio dell'intervento (vedere le note di orientamento 7-8, 11-13).
- ▶ Report di valutazione sulla GCF evidenziano una valutazione e un inventario delle capacità locali della GCF, della disponibilità di cibo locale e delle infrastrutture logistiche locali (vedere le note di orientamento 2-3).



- ▶ Le segnalazioni GCF riguardano:
  - l'evidenza di sistemi trasparenti, equi e aperti per l'aggiudicazione di appalti
  - l'evidenza delle prestazioni dei fornitori/servizi di gestione e reporting
  - il numero e la percentuale del personale addestrato GCF
  - la completezza e correttezza della documentazione
  - le perdite al minimo e mantenute a meno del 2% e tutto il cibo che deve essere contabilizzato
  - l'analisi regolare della condotta e gli azionisti interessati sono informati sulla condotta degli alimenti e sulla catena di fornitura.

### Note di orientamento

1. **La gestione della catena** di fornitura è un approccio integrato alla logistica. A partire dalla scelta dei prodotti, include la ricerca, l'approvvigionamento, la garanzia della qualità, l'imballaggio, il trasporto, l'immagazzinamento, la gestione del magazzino e la sua assicurazione. Il GCF coinvolge molti partner diversi, ed è importante che le attività siano coordinate (si veda lo Standard Fondamentale 2). Le pratiche di gestione e di controllo che dovrebbero garantire prodotti sono tutelati ai punti di distribuzione. Tuttavia, le agenzie umanitarie sono anche responsabili per il cibo che deve raggiungere le categorie beneficiarie (si vedano gli Standard 5 e 6 sui trasferimenti alimentari e sicurezza alimentare).
  2. **Utilizzare i servizi locali:** dovrebbe essere fatta una valutazione di disponibilità e affidabilità delle capacità locali prima della ricerca fuori dell'area. Si deve prestare attenzione per assicurare che l'approvvigionamento a livello locale non causi o esacerbi le ostilità e non faccia più danni della comunità. I trasportatori locali o regionali stimabili e spedizionieri hanno preziose conoscenze di normative locali, procedure e strutture, e possono contribuire a garantire il rispetto delle leggi del paese ospitante per accelerare le consegne. In un ambiente di conflitto, la perizia dei fornitori dei servizi deve essere particolarmente rigorosa.
  3. **Il rifornimento locale rispetto all'importazione:** la disponibilità locale di merci, e le implicazioni per la produzione locale e per i sistemi del mercato del cibo, sia di provenienza locale che importato, devono essere valutate secondo la sostenibilità ambientale (vedi Standard 1 sulla valutazione della Sicurezza alimentare e nutrizione, Standard 1 e 3 sulla sicurezza alimentare - mezzi di sostentamento). I mercati sono stimolati e sostenuti attraverso l'acquisto di cibo a livello locale e regionale, che può dare agli agricoltori un incentivo a produrre di più e contribuire a rilanciare l'economia locale. Qualora varie organizzazioni sono coinvolte, nel rifornimento locale deve essere coordinato, per quanto possibile. Altre fonti in un paese di materie prime possono includere finanziamenti o riassegnazioni di programmi alimentari
- esistenti (accordo con il donatore può essere necessario) o le riserve di grano nazionale, o in prestiti, o scambi, con i fornitori commerciali.
4. **Imparzialità:** Le procedure di aggiudicazione eque e trasparenti sono essenziali per evitare il sospetto di favoritismo e corruzione. Le prestazioni del fornitore di servizi devono essere valutate e la lista ristretta aggiornata.
  5. **Competenze e formazione:** Gli esperti professionisti di GCF e gestori di programmi devono essere mobilitati per impostare il sistema GCF e formare il personale. Particolari tipi di competenze pertinenti comprendono la gestione dei contratti, il trasporto e la gestione del magazzino, gestione delle scorte, analisi della condotta e la gestione delle informazioni, monitoraggio delle spedizioni e la gestione dell'importazione. Quando la formazione è effettuata, dovrebbe includere il personale delle organizzazioni partner e fornitori di servizi e di essere nella lingua locale.
  6. **Il cibo non è utilizzato per il pagamento:** L'uso del cibo per pagare le operazioni logistiche, come ad esempio lo scarico presso magazzini e punti di distribuzione, deve essere evitato. Se i pagamenti in contanti non sono possibili e vengono utilizzati alimenti, regolazioni dovrebbero essere effettuate sul cibo per gli importazioni inviati ai punti di distribuzione in modo che le importazioni previste raggiungano ancora i destinatari mirati.
  7. **Segnalazioni** (compresi gruppi di logistica e interagenzie): La maggior parte dei donatori alimentari hanno requisiti specifici e i manager della catena di fornitura devono essere consapevoli di questi requisiti e stabilire sistemi che soddisfano tali bisogni di gestione. Giorno per giorno devono essere riportati tempestivamente anche gli eventuali ritardi o deviazioni della catena di fornitura. Informazioni sulla condotta e altri report GCF dovrebbero essere condivise in modo trasparente.
  8. **Documentazione:** La documentazione e i formulari (lettere di vettura, magazzino, registri, moduli di comunicazione, ecc.) sufficienti devono essere disponibili nella lingua locale in tutti i luoghi in cui le merci sono ricevute, immagazzinate e/o spedite, al fine di mantenere un itinerario controllato e documentato delle operazioni.
  9. **Immagazzinamento:** depositi specializzati per i prodotti alimentari sono preferibili a strutture in comune, ma una buona gestione può ridurre al minimo i rischi nel secondo. Quando si seleziona un magazzino, occorre stabilire che le merci pericolose sono state precedentemente memorizzate lì e non vi è alcun pericolo di contaminazione. I fattori da considerare includono la sicurezza, la capacità, la facilità di accesso, la solidità strutturale (di tetto, pareti, porte e pavimenti) e l'assenza di qualsiasi minaccia di inondazioni.
  10. **Smaltimento di prodotti non idonei al consumo umano:** i prodotti danneggiati devono essere controllati da ispettori qualificati (quali esperti di



sicurezza alimentare e laboratori di sanità pubblica) per certificare se adatti o inadatti al consumo umano. Lo smaltimento deve essere eseguito in fretta prima che il cibo diventi pericolo per la salute. Metodi di smaltimento dei prodotti non idonei comprendono la vendita per l'alimentazione animale e la sepoltura/incenerimento autorizzato e testimoniato dalle autorità competenti. Per lo smaltimento dell'alimentazione degli animali, la certificazione deve essere ottenuta per l'adeguatezza a questo scopo. In tutti i casi, i prodotti non idonei non devono rientrare nella catena alimentare umana o animale e lo smaltimento non deve danneggiare l'ambiente o contaminare sorgenti di acqua.

- 11. Minacce per la catena di fornitura:** In situazioni di conflitto armato o di insicurezza generale, vi è il pericolo che il cibo che venga requisito o saccheggiato dalle parti in guerra, e i rischi per la sicurezza delle vie di trasporto e dei magazzini devono essere gestiti. Esiste la possibilità di furto in tutte le fasi della catena di approvvigionamento: i sistemi di controllo devono essere stabiliti e controllati in ogni deposito, punti di smistamento e di distribuzione per ridurre al minimo questo rischio. Sistemi di controllo interno dovrebbero garantire la ripartizione delle competenze per ridurre il rischio di collusione. Le scorte devono essere regolarmente controllate per rilevare diversificazione illegale di prodotti alimentari. Le misure dovrebbero essere prese non solo per garantire l'integrità della catena di approvvigionamento, ma anche per analizzare e affrontare una più ampia politica e le implicazioni per la sicurezza, come ad esempio la possibilità di azioni deviate alimentando un conflitto armato (si veda il Principio di protezione 1).
- 12. Analisi** delle condutture dovrebbero essere eseguite regolarmente e le informazioni rilevanti sui livelli di scorte, arrivi attesi e distribuzioni condivise tra soggetti coinvolti nella catena di approvvigionamento. Il monitoraggio e previsione dei livelli delle scorte dovrebbe evidenziare carenze previste e problemi in tempo per le soluzioni da trovare. Condivisione delle informazioni tra i partner può facilitare i prestiti per evitare rotture delle condutture. Rotture di condutture possono essere inevitabili se le risorse sono insufficienti. In tali casi, la prioritizzazione delle voci del paniere alimentare possono essere necessarie per la programmazione delle risorse (cioè la scelta di cosa comprare) con i fondi disponibili. I soggetti interessati devono essere consultati e le soluzioni possono includere la riduzione della dimensione della razione complessiva, ridurre o escludere i tipi di alimenti a cui i beneficiari hanno più accesso (fisicamente ed economicamente).
- 13. Fornire informazioni:** le informazioni pertinenti devono essere fornite da adeguati soggetti interessati, piuttosto che da tutte le parti interessate, al fine di evitare malintesi. L'uso dei mezzi di comunicazione locali, dei metodi tradizionali di diffusione di notizie e delle attuali tecnologie (SMS su cellulare, email) deve essere considerato come un modo per mantenere i funzionari

locali e i destinatari informati sulle consegne, e un modo per rafforzare la trasparenza.

### Sicurezza alimentare trasferimenti di cibo standard 5: Targeting e distribuzione

Il metodo di distribuzione selettiva degli alimenti è reattivo, tempestivo, trasparente e sicuro, supporta la dignità ed è adeguato alle condizioni locali.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ identificare e selezionare i destinatari degli alimenti sulla base delle necessità, consultando le parti interessate (si vedano le note di orientamento 1-2).
- ▶ Progettare metodi di distribuzione alimentare efficaci ed equi, che siano dignitosi, consultando le organizzazioni associate, i gruppi locali e i destinatari. Il processo di progettazione deve coinvolgere attivamente le donne e rappresentanti delle persone con disabilità, gli anziani e le persone con mobilità ridotta (si vedano le note di orientamento 1-4).
- ▶ Consultare gli attori locali per selezionare i punti appropriati per la distribuzione, in grado di garantire un facile e sicuro accesso per i destinatari (si vedano le note di orientamento 5-6).
- ▶ Informare in anticipo i destinatari sui punti di distribuzione appropriati, sulla qualità e quantità della razione alimentare (si vedano le note di orientamento 7-8).
- ▶ Monitorare e valutare i risultati della distribuzione alimentare mirata (si veda la nota di orientamento 9).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ I criteri di targeting devono essere basati su un'analisi approfondita delle vulnerabilità (si veda la nota di orientamento 1).
- ▶ I meccanismi di targeting sono concordati dalla popolazione colpita dal disastro (si vedano le note di orientamento 1-2).
- ▶ Esistono adeguati modelli alternativi di distribuzione per persone con mobilità ridotta (si vedano le note di orientamento 3-4).
- ▶ I destinatari non devono camminare per più di 10 chilometri per arrivare al sito di distribuzione, ovvero, non più di quattro ore di cammino (si veda la nota di orientamento 5).



- ▶ Presenza di tessere annonarie, cartelli e/o cartelloni che specificano le razioni di cibo durante le distribuzioni (si vedano le note di orientamento 7–8).
- ▶ Monitoraggio e/o meccanismi di responsabilizzazione dei beneficiari (si veda la nota di orientamento 9) su:
  - le preferenze delle parti interessate sui metodi di distribuzione
  - le informazioni fornite ai beneficiari sulla distribuzione
  - beneficiari/consegna degli alimenti: risultati reali confrontati con quelli programmati (tempestività, quantità, qualità)

### Note di orientamento

1. **Targeting:** gli aiuti alimentari dovrebbero essere destinati alle persone più bisognose: le famiglie che sono più esposte all'insicurezza alimentare e gli individui che soffrono di malnutrizione (vedi Vulnerabilità e capacità delle popolazioni colpite dai disastri a pag. 148 e gli standard 1–2 sulla sicurezza alimentare e la valutazione nutrizionale pag. 150–154). Il targeting non si limita alla fase iniziale ma è presente durante tutto l'intervento. Trovare un equilibrio adeguato tra gli errori di esclusione (che possono presupporre una minaccia per la vita) e gli errori di inclusione (che sono potenzialmente pericolosi o inutili) è complesso, inoltre, la riduzione degli errori normalmente aumenta i costi. In caso di emergenza acuta, gli errori di inclusione possono essere più accettabili rispetto agli errori di esclusione: per esempio la distribuzione di coperte può essere più opportuna in caso di catastrofi improvvise in cui tutte le famiglie hanno subito perdite simili, o dove una valutazione dettagliata del targeting non è possibile a causa della mancanza di accesso al luogo del disastro. La selezione di agenti coinvolti nel targeting dovrebbe essere basata sulla loro imparzialità, capacità e responsabilità. Gli agenti di targeting dovrebbero includere gli anziani locali, i comitati di soccorso eletti a livello locale, le organizzazioni della società civile, le ONG locali, le istituzioni governative locali, o le ONG internazionali. È fortemente incoraggiata la selezione di donne come agenti di targeting. Le strategie di targeting devono essere chiare e accettate da tutta la popolazione, destinatari e non, al fine di evitare tensioni e non causare danni (vedi Standard fondamentale 1, nota di orientamento 3 a pag. 57 e il Principio di Protezione 2 a pag. 36).
2. **Registrazione:** la registrazione formale delle famiglie che ricevono gli alimenti dovrebbe essere effettuata il prima possibile e aggiornata in corso, se necessario. L'informazione sui beneficiari è essenziale per la progettazione di un sistema di distribuzione efficiente (la dimensione e il profilo demografico di una popolazione influisce sull'organizzazione della distribuzione), così come per l'elaborazione di elenchi dei beneficiari, fogli di registro e tessere annonarie (se emesse), e per l'identificazione delle persone con bisogni specifici. Nei campi, la registrazione è spesso impegnativa, soprattutto laddove le popolazioni sfollate non dispongano di documenti d'identità (vedi

Il principio di protezione 4, le note guida 4–5 a pag. 42). Gli elenchi forniti dalle autorità locali e dalle famiglie della comunità possono essere utili, sempre e quando si dimostrino, tramite un assessment indipendente, accurati e imparziali. Le donne appartenenti alla popolazione colpita dal disastro devono essere incoraggiate a contribuire al processo di registrazione. Le agenzie dovrebbero garantire che le persone vulnerabili non vengano omesse dalle liste di distribuzione, specialmente quelle costrette in casa. Sebbene normalmente vengano registrati i capi famiglia, le donne dovrebbero avere il diritto di essere registrate a loro nome: le donne possono gestire le consegne a livello familiare in modo più appropriato. Se non è possibile effettuare la registrazione nelle fasi iniziali di un disastro si dovrà completare non appena la situazione si sia stabilizzata; questo è particolarmente importante quando le consegne di cibo sono necessarie per lunghi periodi. Occorre istituire un meccanismo di risposta ai reclami e per il processo di registrazione (vedi Standard fondamentale 1, note di orientamento 2 e 6 pag. 56–57).

3. **Metodi di distribuzione delle razioni “secche”:** la maggior parte dei metodi di distribuzione si evolvono nel tempo. Una distribuzione generale degli alimenti è di norma sotto forma di razioni secche che i beneficiari cucinano nelle loro case. I destinatari possono essere: un individuo o un titolare di una tessera annonaria familiare, un rappresentante di un gruppo di famiglie, un capo tradizionale o di una comunità di base, selezionata per la distribuzione. Le condizioni in loco determinano la selezione dei beneficiari, e se tali condizioni si modificano i suddetti possono cambiare. I rischi inerenti alla distribuzione tramite rappresentanti o dirigenti devono essere attentamente valutati. La selezione dei beneficiari dovrebbe prendere in considerazione l'impatto sui carichi di lavoro e sugli eventuali rischi di violenza, compresa quella domestica (vedi Principi di protezione 1–2 intervallo pagine 33–36). In relazione alla frequenza delle distribuzioni si dovrà prendere in considerazione il peso della razione di cibo e dei mezzi a disposizione dei beneficiari per il trasporto delle stesse a casa. Può essere necessario adottare specifiche azioni per garantire alle persone più anziane e agli individui con disabilità di ricevere gli alimenti che gli spettano di diritto: gli altri membri della comunità possono essere di aiuto, ma potrebbe essere più facile ritirare razioni settimanali o di due settimane piuttosto che razioni mensili. I tentativi per focalizzare l'attenzione sugli individui vulnerabili non dovrebbero aggiungere nessun altro stigma rispetto a quello già vissuto: questo può essere un problema importante quando si tratta di popolazioni con un grande numero di persone che vivono con l'HIV e l'AIDS (vedi Principi di protezione 4, note di orientamento 1, 9–11 a pag. 41–43).
4. **Metodi di distribuzione delle razioni “fresche”:** eccezionalmente, una distribuzione generale di cibo, può consistere in un pasto cucinato e pronto per il consumo alimentare, durante il periodo iniziale di un'emergenza acuta.



Tali razioni possono essere appropriate, per esempio, nei seguenti casi: durante gli spostamenti delle popolazioni; in situazioni che generano estrema insicurezza, nelle quali portare alimenti fino a casa, metterebbe i beneficiari a rischio di furti o violenze; quando le persone vulnerabili sono escluse per un alto livello di abusi o di tassazioni; quando a causa dello sfollamento le persone perdono i loro beni (attrezzature da cucina e/o combustibile) o sono troppo deboli per provvedere a cucinare; quando i dirigenti locali gestiscono la distribuzione delle razioni; o nel caso in cui ci siano considerazioni di carattere ambientale (ad esempio proteggere un ambiente a rischio ecologico evitando la raccolta di legname da ardere). I pasti scolastici e gli incentivi alimentari per il personale educativo possono essere utilizzati come un meccanismo di distribuzione in caso di emergenza (vedi INEE Standard minimi per l'educazione).

5. Punti di distribuzione e di viaggio: I punti di distribuzione dovrebbero essere allocati in luoghi sicuri e convenienti per i destinatari, e la loro scelta non dovrebbe essere basata sulla convenienza logistica dell'agenzia (vedi Principio di protezione 3, note di orientamento 6–9 a pag. 39). Questi dovrebbero prendere in considerazione la topografia e la vicinanza ad altre fonti di sostegno (acqua potabile, servizi igienici, servizi sanitari, ripari dal sole, rifugi, spazi sicuri per le donne). Durante la scelta dei punti di distribuzione è necessario evitare le zone dove le persone debbano attraversare posti di controllo armati o militari, o debbano negoziare un passaggio sicuro. La frequenza delle distribuzioni e il numero dei punti di distribuzione deve tener conto del tempo necessario per recarsi in questi ultimi, degli aspetti pratici e delle spese di trasporto delle merci. I destinatari devono poter effettuare il viaggio di andata e ritorno dalla propria casa al punto di distribuzione nell'arco di una giornata. Mezzi alternativi di distribuzione dovrebbero essere elaborati per raggiungere coloro che non possono spostarsi e che rimangono isolati (ad esempio le persone con difficoltà motorie). Un individuo cammina alla media di 5 chilometri all'ora, ma è più lento su un terreno irregolare e sui pendii; i tempi variano a seconda dell'età e del livello di mobilità. In una situazione di emergenza, l'accesso alla distribuzione è causa comune di ansia per la parte della popolazione che rimane emarginata ed esclusa. Per tale motivo questa deve essere programmata in maniera tale da ridurre al minimo i disagi durante le attività quotidiane, in orari che permettano lo spostamento ai punti di distribuzione durante le ore diurne con l'intento di proteggere i destinatari ed evitare che debbano passare la notte in tali luoghi, in quanto questo comporta rischi aggiuntivi (vedi Principi di protezione 1 a pag. 33).
6. Ridurre al minimo i rischi per la sicurezza: le distribuzioni alimentari possono creare rischi per la sicurezza, come manovre diversive e atti di violenza. Durante la distribuzione possono nascere forti tensioni. Le donne, i bambini, le persone anziane e le persone con disabilità sono particolarmente esposte

al rischio di perdere l'aiuto che gli si corrisponde. Tali rischi devono essere valutati in anticipo e si devono adottare delle misure per ridurli al minimo. Queste comprendono la supervisione delle distribuzioni da parte di personale qualificato, e la protezione dei punti di distribuzione da parte delle stesse popolazioni colpite. Se necessario, si può chiedere la collaborazione della polizia locale, che dovrà essere informata riguardo agli obiettivi dei trasferimenti di cibo. Un'attenta pianificazione della disposizione del centro di distribuzione contribuirà a facilitare il controllo del flusso delle persone e a ridurre i rischi per la sicurezza. Dovrebbero inoltre essere applicate misure specifiche per prevenire, monitorare e rispondere alle violenze di genere, nonché allo sfruttamento sessuale associato alla distribuzione di cibo. Tali misure comprendono la separazione delle donne dagli uomini, per esempio, mediante barriere fisiche o offrendo tempi di distribuzione differenti, l'informare tutte le squadre di distribuzione alimentare sulla condotta adeguata e sulle sanzioni da applicare per gli abusi sessuali, ed anche le donne incaricate della supervisione dello scarico, della registrazione, della distribuzione e del post-distribuzione degli alimenti (vedi anche la nota di orientamento 5 e Principio di protezione 2 a pag. 36).

7. Diffusione delle informazioni: i destinatari devono essere informati riguardo:
  - La quantità e il tipo di razione che verrà distribuita e le ragioni per eventuali differenze rispetto al piatto; le informazioni sulle razioni devono essere esposte in maniera ben visibile presso i siti di distribuzione in formati accessibili per gli individui che non sanno leggere o che hanno difficoltà di comunicazione (per esempio, scritte in lingua locale e/o rappresentate tramite disegni e/o enunciate verbalmente) in modo tale che le persone siano consapevoli dei loro diritti
  - Il piano di distribuzione (giorno, ora, luogo, frequenza) e le eventuali modifiche
  - La qualità nutrizionale degli alimenti e, se necessario, la particolare attenzione che i beneficiari devono prestare al fine di mantenere determinati valori nutrizionali
  - I requisiti per l'uso e la manipolazione degli alimenti
  - Informazioni specifiche per l'utilizzo ottimale del cibo destinato ai bambini (vedi gli standard 1–2 sull'alimentazione dei neonati e dei bambini a pag. 159–160)
  - Le modalità più appropriate per i destinatari per ottenere ulteriori informazioni sul programma e sulla procedura per i reclami. (Vedi Standard fondamentale 1, note di orientamento 4–6 a pag. 57.)
8. Modifiche al programma: cambiamenti nel paniere alimentare o nei livelli delle razioni dovuti alla scarsa disponibilità di cibo devono essere discussi con i beneficiari, tramite comitati di distribuzione, capi della comunità e



organizzazioni distributive. Dovrebbe inoltre essere sviluppata, in maniera congiunta, una linea di azione prima di effettuare le distribuzioni. Il comitato di distribuzione deve informare le persone dei cambiamenti e dei loro motivi, e su quando sarà ripresa la distribuzione delle razioni normali. Possono essere considerate le seguenti opzioni:

- ridurre le razioni a tutti i destinatari (una parte uguale dei prodotti disponibili o un paniere alimentare ridotto)
- dare una razione “completa” alle persone vulnerabili e una razione “ridotta” alla popolazione generale
- come ultima risorsa, posticipare la distribuzione.

Se non è possibile effettuare la distribuzione programmata della razione, la differenza non sarà necessariamente compensata nella seguente distribuzione (vale a dire che l'approvvigionamento retroattivo può risultare inadeguato)

9. Il monitoraggio e la valutazione devono essere effettuati a tutti i livelli del ciclo degli approvvigionamenti fino al punto di consumo (vedi Standard fondamentale 5 a pag. 68). Nei punti di distribuzione, si deve controllare che vengano adottate le modalità opportune per la distribuzione prima che questa abbia luogo (ad esempio per la registrazione, la sicurezza, la diffusione delle informazioni). Verranno pesate, in maniera casuale, le razioni consegnate alle famiglie per misurare l'accuratezza e l'equità della gestione della distribuzione, e verranno svolte interviste ai beneficiari. Visite a campione nelle case delle famiglie destinatarie possono contribuire a verificare l'accettabilità e l'utilità della razione, ed a identificare le persone che soddisfano i criteri di selezione ma che non ricevono alimenti. In questo modo è possibile determinare anche se le famiglie stanno ricevendo altro cibo, da dove proviene, da chi e per cosa viene utilizzato (per esempio, se è il risultato di un'appropriazione, dello sfruttamento o del reclutamento sessuale o di altro tipo). Il monitoraggio deve analizzare l'impatto dei trasferimenti di cibo sulla sicurezza dei beneficiari, così come gli effetti più ampi nel ciclo agricolo, nelle attività agricole, nelle condizioni di mercato e nella disponibilità dei contributi agricoli.

#### Sicurezza alimentare – trasferimenti di cibo standard 6: uso alimentare

Il cibo è conservato, preparato e consumato in modo sicuro e appropriato sia a livello domestico che comunitario.

**Azioni chiave** (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Proteggere i beneficiari dalla manipolazione o dalla preparazione inadeguata degli alimenti (si veda la nota di orientamento 1).
- ▶ Diffondere le informazioni utili sull'importanza dell'igiene degli alimenti per i destinatari e promuovere una buona conoscenza delle pratiche igieniche sulla manipolazione del cibo (si vedano le note di orientamento 1–2).
- ▶ Dove viene distribuito cibo pronto formare il personale sulla conservazione sicura e sulla manipolazione dei prodotti alimentari, sulla preparazione del cibo e sui potenziali rischi per la salute causati da pratiche inadeguate (si veda la nota di orientamento 1).
- ▶ Consultare (ed avvisare se necessario) i beneficiari riguardo alla conservazione, preparazione, cottura e consumo degli alimenti distribuiti, alle implicazioni delle provvigioni previste per le persone vulnerabili, e rispondere alle questioni che si presentano (si vedano le note di orientamento 1–2).
- ▶ Assicurarsi che le famiglie abbiano accesso ad adeguati utensili da cucina, carburante, acqua potabile e materiali per l'igiene (si vedano le note di orientamento 1–4).
- ▶ Per le persone che non possono preparare il cibo o non sono in grado di nutrirsi, assicurare l'accesso a badanti che possano prepararli alimenti adeguati e che gli somministrino i pasti se necessario (si veda la nota di orientamento 5).

**Indicatori chiave** (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Nessun caso di rischio per la salute causato dagli alimenti distribuiti.
- ▶ Aumento della consapevolezza da parte dei beneficiari riguardo a una buona igiene alimentare (si vedano le note di orientamento 1–2).
- ▶ Tutto il personale interessato deve essere addestrato in merito al trattamento del cibo e ai pericoli derivanti da pratiche inadeguate (si veda la nota di orientamento 1).
- ▶ Le famiglie hanno pieno accesso al materiale e alle attrezzature adeguati e sicuri per la preparazione degli alimenti (si vedano le note di orientamento 3–4).
- ▶ Tutte le persone con necessità di assistenza speciale sono assistite da badanti (si veda la nota di orientamento 5).

**Note di orientamento**

1. **Igiene alimentare:** i disastri possono interrompere le normali pratiche igieniche delle persone. Può essere necessario promuovere l'igiene alimentare e sostenere attivamente le misure compatibili con le condizioni



locali e le caratteristiche patologiche presenti, sottolineando, ad esempio, l'importanza di lavarsi le mani prima di toccare il cibo, evitando così la contaminazione dell'acqua e adottando misure di protezione contro animali e parassiti nocivi. Si devono informare i beneficiari degli alimenti su come conservare in modo sicuro, a livello familiare, il cibo. Inoltre, è necessario informare anche gli operatori sull'utilizzo ottimale delle risorse a disposizione delle famiglie per l'alimentazione dei bambini e sui metodi sicuri per la preparazione del cibo (vedi standard 1–2 Promozione delle pratiche igieniche a pag. 91–94). Nei luoghi dove sono state installate cucine comunitarie per fornire pasti caldi alla popolazione colpita dal disastro, deve essere riposta particolare attenzione sulla scelta del luogo e sulla sua accessibilità, sulla sicurezza e sulle condizioni igieniche, sulla disponibilità di acqua potabile per cucinare e per bere, e sullo spazio dove mangiare.

2. **Fonti di informazione:** sono necessari meccanismi per la condivisione delle informazioni e per la raccolta dei feedback da parte dei beneficiari, in particolare dalle donne (vedi Standard fondamentale 1, note di orientamento 2 e 6 a pag. 56–57). Le scuole e gli spazi di apprendimento sicuri possono considerarsi luoghi adatti per la diffusione delle istruzioni sugli alimenti. Possono rendersi necessari diagrammi o presentazioni accessibili per le persone con esigenze di comunicazione diverse (vedi Standard fondamentale 1, note di orientamento 4 a pag. 57).
3. **Carburante, acqua potabile per la casa e per gli articoli domestici:** quando necessario, dovrà essere fornito carburante appropriato o creato un programma di forestazione o di raccolta della legna, che verrà supervisionato per tutelare la sicurezza di donne e bambini, che sono i principali incaricati del compito della raccolta del legname da ardere (per le stufe e il carburante, vedi standard 4 Generi di prima necessità a pag. 274). Per le questioni relative all'accesso all'acqua, la quantità e qualità necessarie, così come le strutture di approvvigionamento idrico, vedi standard 1–3 Fornitura di acqua a pag. 97–103. Per questioni relative agli utensili da cucina e contenitori per l'acqua, vedi standard 3 Generi di prima necessità a pag. 273.
4. **L'accesso agli impianti di trasformazione alimentare,** come mulini, consente alle persone di preparare il cibo secondo le loro preferenze e anche di risparmiare tempo da poter dedicare ad altre attività produttive. La trasformazione dei prodotti alimentari effettuati dalle famiglie, come la macinazione, può ridurre il tempo e la quantità di acqua e di carburante necessari per cucinare (vedi standard 2 Sicurezza alimentare – trasferimenti di cibo, note di orientamento 2 a pag. 185).
5. **Bisogni specifici:** gli individui che necessitano di assistenza con l'alimentazione possono includere: bambini, anziani, persone con disabilità e persone che vivono con l'HIV (vedi lo standard 2 sull'alimentazione dei

neonati e dei bambini a pag. 160 e standard 1 Sicurezza alimentare – trasferimenti di cibo, note di orientamento 5–7 a pag. 183). Programmi di sensibilizzazione, di sostegno e aiuto aggiuntivi, possono essere necessari per sostenere gli individui con ridotta capacità di fornire cibo alle persone a carico (ad esempio, genitori che soffrono di malattie mentali).



## 4.2. Sicurezza alimentare – trasferimenti di contante e di voucher

I trasferimenti di contante e di voucher rappresentano due forme di assistenza: i trasferimenti di denaro forniscono soldi alle persone, mentre i voucher forniscono buoni per l'acquisto di una quantità fissa di un prodotto specifico come il cibo (voucher per alimenti base) o di un valore monetario fisso (voucher dal valore base). Mentre la forma e gli obiettivi possono differire, il trasferimento di contante e di voucher condividono un approccio simile basato sul mercato, in cui i beneficiari sono dotati di potere d'acquisto.

Il trasferimento di contante e dei voucher viene utilizzato per soddisfare i bisogni alimentari di base e non, o per l'acquisto di beni, consentendo alle persone di riprendere l'attività economica. Le sovvenzioni in denaro non convenzionate (o non mirate o "universali") non impongono delle condizioni sull'utilizzo del denaro, ma se sono state individuate necessità fondamentali durante la valutazione preliminare, è previsto che il denaro venga utilizzato per coprire tali bisogni. Se il supporto a mezzi di sostentamento o attività produttive è stato identificato come una necessità, allora il denaro distribuito dovrà essere utilizzato per i fini previsti. Le sovvenzioni di denaro incondizionate possono rivelarsi appropriate all'inizio di un'emergenza. Il requisito nelle donazioni di denaro condizionate è che il beneficiario le utilizzi per la realizzazione di scopi specifici (ad esempio per ricostruire le case, fornire lavoro, stabilire o ristabilire un sostentamento e/o usufruire di servizi sanitari).

I voucher danno accesso a una vasta gamma di prodotti predeterminati (ad esempio alimenti, bestiame, sementi, attrezzi) o servizi (ad esempio mulini, trasporti, accesso al mercato o a stand, prestiti bancari). I voucher possono avere sia un valore in denaro che in materie prime, e verranno utilizzati in negozi pre-selezionati, con specifici commercianti o servizi a disposizione, o in occasioni di fiere. I programmi di voucher dovranno far riferimento agli standard del settore in questione, ad esempio, i programmi di voucher alimentari devono attenersi agli standard 1-3 e 6 sulla Sicurezza alimentare – trasferimenti di cibo a pag. 180–197.

La scelta dei trasferimenti adeguati (cibo, denaro, voucher) richiede un'analisi specifica del contesto che riguardi anche l'efficacia in funzione dei costi, le ripercussioni sul mercato secondario, la flessibilità del trasferimento, il targeting e i rischi di insicurezza e corruzione.

### Standard 1 Sicurezza alimentare – trasferimenti di contante e di voucher: Accesso ai beni e ai servizi disponibili

Il denaro e i voucher sono considerati come mezzi per soddisfare i bisogni basilari, per ripristinare ed assicurare i mezzi di sostentamento..

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Consultare e coinvolgere i beneficiari, i rappresentanti di comunità e gli altri soggetti chiave, nella valutazione, progettazione, implementazione, monitoraggio e valutazione (si vedano le note di orientamento 1, 3, 6–7 e gli Standard fondamentali 1–3 a pag. 55–61).
- ▶ Valutare e analizzare se le persone riescano a comprare ciò di cui hanno bisogno nei mercati locali, secondo una spesa competitiva rispetto ad altre forme di trasferimento, ed analizzare la catena di commercializzazione (si veda la nota di orientamento 2).
- ▶ Scegliere i contanti o i voucher, o una combinazione di entrambi, a seconda del meccanismo di consegna più idoneo e dei probabili benefici per la popolazione colpita dal disastro e dall'economia locale (si vedano le note di orientamento 1–3, 5–6).
- ▶ Implementare delle misure che riducano i rischi di diversioni illegali, l'insicurezza, l'inflazione, il consumo nocivo e gli impatti negativi sui gruppi svantaggiati. Particolare attenzione deve essere prestata nei sistemi di targeting (si vedano le note di orientamento 4 e 7).
- ▶ Effettuare un monitoraggio per valutare se il denaro contante e/o i voucher continuano ad essere il metodo di trasferimento più appropriato e se sono necessarie delle modifiche (si veda la nota di orientamento 8).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Tutte le popolazioni beneficiarie soddisfano alcune o tutte i bisogni alimentari di base, insieme ad altri bisogni legati al sostentamento (come ad esempio, le attività produttive, la sanità, l'istruzione, i trasporti, i rifugi) attraverso l'acquisto nei mercati locali (si vedano le note di orientamento 1–2, 8).
- ▶ I contanti e/o i voucher sono la forma preferita di trasferimento per tutte le popolazioni beneficiarie, in particolare per le donne e le altre persone vulnerabili (si vedano le note di orientamento 3–8).



- ▶ Il trasferimento non comporta spese antisociali (si vedano le note di orientamento 4 e 8).
- ▶ Il trasferimento non genera insicurezza (si vedano le note di orientamento 3-4, 8).
- ▶ L'economia locale viene supportata al fine di riprendersi dal disastro (v. note di orientamento 1-2, 8).

### Note di orientamento

1. I trasferimenti di contante e di voucher costituiscono degli strumenti per raggiungere gli obiettivi desiderati, e non una risposta in sé stessi. In una valutazione comparativa si deve indicare se i contanti e/o i voucher sono appropriati o meno, e se devono essere utilizzati da soli o congiuntamente con altri interventi, come aiuto in generale. I contanti e i voucher possono essere utilizzati durante le diverse fasi di un disastro. La risposta deve essere determinata non solo dal rendimento atteso e dall'efficacia nel soddisfare i bisogni basilari dei beneficiari o dal ripristino dei mezzi di sostentamento, ma anche da una diminuzione del livello previsto dei rischi associati. I contanti e i voucher possono anche creare effetti moltiplicatori positivi nelle economie locali, elementi questi che devono essere presi in considerazione durante la valutazione. I contanti e i voucher possono essere utilizzati come segue:

- Donazioni in contanti - trasferimento condizionato o meno di contanti in una o più rate per soddisfare una gamma di bisogni.
- Merci o voucher a valore nominale – il trasferimento di voucher elettronici o di carta che possono essere scambiati con merci specifiche o con una gamma di prodotti in base al valore del buono.
- Contanti per il lavoro - il trasferimento di denaro come remunerazione per la partecipazione in attività specifiche (di solito attività che richiedono lavoro fisico).

Le parti locali interessate, per esempio i governi, le autorità locali, le strutture della comunità e i rappresentanti, le cooperative, le associazioni, i gruppi locali e i beneficiari, devono essere coinvolti nella pianificazione, nell'esecuzione e nel monitoraggio. Ciò contribuirà a garantire la pertinenza e la sostenibilità. Dovrebbe inoltre essere pianificata una strategia di uscita con le principali parti interessate a partire dalle prime fasi di progettazione.

2. **Impatto sulle economie locali e sui sistemi di mercato:** nella valutazione di mercato deve essere analizzata la situazione prima e dopo il disastro, la competitività e l'integrazione del mercato per rispondere ai bisogni attuali. L'analisi deve anche riflettere sulle funzioni dei diversi attori del mercato, la

disponibilità e i prezzi delle materie prime (mezzi di sostentamento, materiali per la costruzione di rifugi, cibo e altri prodotti a seconda degli obiettivi), l'accesso fisico, sociale ed economico dei diversi gruppi di persone vulnerabili. I contanti e i voucher possono essere utili quando i mercati sono accessibili e in funzione, e quando il cibo e gli altri alimenti di base sono disponibili nelle quantità necessarie e a prezzi ragionevoli. Tali trasferimenti possono stimolare l'economia locale generando un recupero più rapido e sostenibile. Le risposte del mercato possono promuovere un miglior utilizzo delle capacità degli attori, che ad esso afferiscono, così come approvvigionamenti a livello locale. I contanti e i voucher utilizzati in un contesto inadeguato possono distorcere i mercati e generare effetti negativi, come l'inflazione. Il monitoraggio del mercato è essenziale per comprendere l'impatto del denaro contante e dei voucher sull'economie locali e sulle persone.

3. **Meccanismi di erogazione di contanti e voucher:** i contanti e i voucher possono essere forniti avvalendosi delle banche locali, dei negozi, dei commercianti, delle società locali di trasferimento di denaro e degli uffici postali. Possono essere consegnati fisicamente o attraverso strumenti tecnologici come mobile banking e network telefonici. Le banche sono generalmente efficienti ed efficaci ma meno accessibili per le persone vulnerabili; se le banche sono accessibili, magari attraverso il mobile banking, possono rappresentare un'opzione più sicura. La scelta del meccanismo di consegna richiede una valutazione delle opzioni possibili e la consultazione dei destinatari. Si devono tenere in conto i costi per i beneficiari (le spese bancarie, il tempo e il costo dello spostamento, la tempistica nei punti di raccolta), i costi per l'organizzazione (oneri e costi di disposizione per il fornitore, la tempistica per l'impiego del personale e per l'amministrazione, il trasporto, la sicurezza, l'educazione e la formazione dei beneficiari), l'efficacia e l'efficienza (affidabilità, resilienza, responsabilità, trasparenza, monitoraggio, flessibilità, controllo finanziario, sicurezza finanziaria e accesso da parte delle persone vulnerabili). Un approccio che può sembrare costoso potrebbe rivelarsi essere il meccanismo di trasferimento più appropriato.
4. **Considerazione dei rischi:** tra le preoccupazioni comuni sui rischi dei trasferimenti dei contanti e dei voucher figurano i timori che questi ultimi possano contribuire all'inflazione dei prezzi (riducendo il potere d'acquisto delle persone colpite dal disastro e non), che vengano usati come strumenti con fini antisociali (ad esempio l'alcolismo e il tabagismo), e che ci sia un diverso accesso al denaro per uomini e donne, a fronte delle risorse materiali. Altre preoccupazioni sono dovute al trasporto di contanti che può creare rischi per la sicurezza del personale incaricato di tale compito e per la popolazione interessata (si veda il Principio di protezione 1 a pag. 33), inoltre l'attrattiva del denaro contante può rendere più difficile la selezione dei beneficiari e aumentare il rischio di corruzione o di sequestro dei fondi da parte dei



gruppi armati. Tuttavia anche la distribuzione diretta di risorse materiali costituisce dei rischi (si vedano gli Standard 4–5 sulla Sicurezza alimentare e i trasferimenti di cibo a pag. 188–192). I rischi nel caso dei contanti e dei voucher possono essere minimizzati attraverso una buona progettazione, un'analisi minuziosa dei rischi e una buona gestione. Il processo decisionale deve essere effettuato attraverso una consultazione basata sull'evidenza: timori infondati non devono influenzare la pianificazione dei programmi.

5. **Impostare il valore del trasferimento contante e dei voucher:** tale valore si determina in base al contesto. I calcoli devono essere realizzati in congiunzione con le altre agenzie ed essere basati sulle priorità e sulle necessità della popolazione colpita dal disastro; i prezzi dei beni essenziali devono essere reperiti nei mercati locali; ulteriore assistenza che è stata e/o sarà fornita; i costi aggiuntivi connessi (ad esempio l'assistenza durante i viaggi per le persone con mobilità ridotta); il metodo, la dimensione, la frequenza dei pagamenti e i tempi di pagamento in relazione alla stagionalità; gli obiettivi del programma e del trasferimento (per esempio, soddisfare le necessità alimentari in base al paniere od offrire un impiego sulla base del tasso di lavoro quotidiano). Le fluttuazioni dei prezzi possono ridurre l'efficacia dei trasferimenti di contanti e dei voucher. La flessibilità del bilancio è essenziale per regolare il valore del trasferimento o aggiungere una componente nei beni sulla base del monitoraggio del mercato.
6. **La scelta del tipo di trasferimento di contante o voucher:** il tipo appropriato di trasferimento dipende dagli obiettivi del programma e dal contesto locale. Può essere opportuno combinare gli approcci, includendo un sussidio con beni materiali e delle variazioni stagionali. Le agenzie dovrebbero scoprire quale sia la forma più adeguata di trasferimento per le popolazioni colpite dai disastri tramite consultazioni documentate (si veda lo Standard 2 sulla Sicurezza alimentare – mezzi di sostentamento a pag. 208).
7. **Targeting dei programmi di trasferimento in contanti e voucher.** Con i servizi e i beni in natura si possono incontrare difficoltà simili ma a causa dell'attrattiva del contante e del voucher è doveroso porre particolare attenzione al fine di minimizzare gli errori di inclusione e esclusione. Le persone possono essere raggiunte tramite la selezione diretta (famiglie o popolazione colpite dal disastro) o indiretta (tramite ad esempio i commercianti locali o i fornitori di servizi). Condizioni non sicure possono richiedere un approccio di targeting indiretto (vedi Principio di protezione 1 a pag. 33). Il sesso influenza le decisioni relative alla registrazione del membro familiare che riceve denaro in contante o voucher, così come i trasferimenti in natura (vedi lo Standard 5 sulla Sicurezza alimentare – trasferimenti di cibo a pag. 192). Il coordinamento con le parti interessate, tra cui i programmi governativi sul welfare e sulla

protezione sociale che offrono trasferimenti di denaro, è essenziale per il targeting (concetto che vale anche per i trasferimenti in natura).

8. **Monitoraggio dei trasferimenti in contante e voucher:** è necessario ottenere informazioni di base ed effettuare il monitoraggio prima, durante e dopo i programmi di trasferimento, tenendo in considerazione le ripercussioni dirette e indirette dei contanti e dei voucher sul mercato. Le variazioni nella risposta devono includere i prezzi dei beni principali, gli effetti moltiplicatori nelle economie locali e le fluttuazioni dei prezzi. Le domande chiave sono: quali sono le persone che comprano con i contanti e con i voucher forniti? Le persone possono ricevere e spendere denaro in modo sicuro? I contanti e i voucher vengono deviati? Le donne influenzano la forma in cui vengono utilizzati i contanti e i voucher (vedi Standard fondamentale 5 a pag. 68).

### 4.3. Sicurezza alimentare – mezzi di sostentamento

La resilienza dei mezzi di sostentamento umani e la vulnerabilità alla sicurezza alimentare sono largamente determinate dalle risorse (o beni) a disposizione e da quanto queste siano state colpite da una catastrofe. Tali risorse includono il capitale finanziario (come ad esempio il denaro liquido, il credito e i risparmi), fisico (case, macchinari), naturale (terra, acqua), umano (lavoro, abilità), sociale (network, norme) e politico (influenza, politica). Elemento chiave per coloro che producono alimenti è l'accessibilità a terre in grado di garantire la produzione e il possesso dei mezzi per continuare a coltivare. Per coloro che necessitano di reddito per procurarsi il cibo, la chiave è costituita invece dall'accessibilità al lavoro, al mercato e ai servizi. Per le persone colpite da catastrofi, la prevenzione, il recupero e lo sviluppo delle risorse necessarie per la sicurezza alimentare e i futuri mezzi di sostentamento dovrebbe essere una priorità.

L'instabilità politica prolungata, l'insicurezza e la minaccia di conflitti possono limitare fortemente le attività di sostentamento e l'accesso ai mercati. Le famiglie possono essere costrette a lasciare i loro terreni e perdere conseguentemente beni, che vengono lasciati alle spalle, distrutti o requisiti dalle parti contendenti.

I tre standard fanno riferimento alla produzione primaria, alla generazione di reddito e occupazione, nonché all'accesso al mercato, inclusi beni e servizi.



## Sicurezza alimentare – mezzi di sostentamento standard 1: produzione primaria

I meccanismi di produzione primaria sono protetti e conservati.

### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Basare gli interventi per supportare la produzione primaria sulla stima dei mezzi di sostentamento, sull'analisi contestuale e su una dimostrata comprensione dell'attuabilità dei sistemi di produzione, inclusi l'accessibilità e la reperibilità degli input necessari, dei servizi e della domanda di mercato (v. Nota di orientamento 1).
- ▶ Introdurre nuove tecnologie solo qualora i loro effetti sui sistemi produttivi locali, sulle pratiche culturali e sull'ambiente naturale siano compresi e accettati dai produttori e dai consumatori locali (v. Nota di orientamento 2).
- ▶ Fornire input alla produzione o denaro necessario per accedere a una gamma di input al fine di rendere flessibile la capacità dei produttori di concepire strategie per gestire la loro produzione e ridurre il rischio (v. Nota di orientamento 3).
- ▶ Fornire input in tempi brevi, assicurandosi che siano accettabili localmente e conformi ad appropriate norme di qualità (v. Note di orientamento n. 4- 5).
- ▶ Introdurre input e servizi con precauzione, evitando di esacerbare la vulnerabilità o di incrementare il rischio, ad esempio aumentando la competizione per risorse naturali limitate o danneggiando le reti sociali esistenti (v. Nota di orientamento 6).
- ▶ Allenare i produttori a pratiche gestionali migliori, dove possibile e appropriato (v. Note di orientamento 1-2, 5-6).
- ▶ Acquisire input e servizi localmente se possibile, a meno che ciò non abbia ripercussioni negative sui produttori, sui mercati o sui consumatori (v. Nota di orientamento 7).
- ▶ Eseguire un monitoraggio costante per determinare se gli input alla produzione sono impiegati in modo appropriato dai beneficiari (v. Nota di orientamento 8).

### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Tutte le famiglie le cui necessità sono state valutate hanno accesso agli input necessari per proteggere e riavviare la produzione agricola ai livelli antece-

denti al disastro, quando giustificato e in conformità con il calendario agricolo (v. Note di orientamento 1–6).

- ▶ Tutte le famiglie beneficiarie ricevono denaro o voucher, quando si considera (o si valuta) che tali alternative sono praticabili da un punto di vista operativo, pari al valore di mercato dei mezzi di produzione richiesti, offrendo alle famiglie altre opzioni come mezzi di sostentamento (v. Note di orientamento 3, 5 e 7)..

### Note di orientamento

1. **Viabilità della produzione primaria:** per essere valide, le strategie di produzione alimentari devono avere possibilità ragionevoli di svilupparsi in modo adeguato e fruttare (vedi Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS) in Riferimenti e letture aggiuntive). Ciò può essere influenzato da una vasta gamma di fattori tra cui: accesso a risorse naturali (terreni agricoli, pascoli, foraggi, acqua, fiumi, laghi, acque costiere, etc.). L'equilibrio ecologico non deve essere messo in pericolo da un eccessivo sfruttamento delle terre marginali, dalla pesca eccessiva e dall'inquinamento delle acque, soprattutto nelle aree periurbane; diversi livelli competenze e capacità, che possono essere limitati nelle popolazioni gravemente colpite da malattie o dove alcuni gruppi non hanno accesso all'istruzione e alla formazione; Disponibilità di lavoro in relazione ai modelli di produzione esistenti e alla tempistica delle attività agricole e di idrocultura; Disponibilità ed accesso agli input necessari per la produzione agricola e di idrocultura.

È probabile che il livello di produzione antecedente al disastro non sia stato buono e il tentativo di tornare ad esso potrebbe contraddire il principio "non nuocere" (vedi Principio di protezione 1 a pagina 33).

2. **Sviluppo tecnologico:** le "nuove" tecnologie possono comprendere varietà di colture migliori, specialmente nel bestiame o nella pesca, nuovi strumenti, fertilizzanti o pratiche di gestione innovative. Per quanto possibile, le attività di produzione alimentare devono costruire o rafforzare modelli esistenti e/o collegarsi con i piani di sviluppo nazionali. Le nuove tecnologie dovrebbero essere introdotte dopo un disastro solo se sono state precedentemente testate in ambito locale, e se sono risultate adatte e accettabili per i beneficiari. Una volta introdotte, le nuove tecnologie devono essere accompagnate da opportune considerazioni con i membri della comunità, dalla fornitura di informazioni, dalla formazione e da altri supporti rilevanti. Ove possibile questo dovrebbe essere fatto in coordinamento con il personale agrario privato e pubblico e con i fornitori di input per assicurare il sostegno continuo e l'accessibilità alla tecnologia in futuro e, essenzialmente, la redditività commerciale.



- 3. *Migliorare le scelte:*** gli interventi che offrono ai produttori migliori scelte sono quelli che includono tra le risposte il contante o il credito, al posto di input di produzione (o come complemento di questi) e fiere di sementi e di bestiame nelle quali si utilizzano i voucher offrendo agli agricoltori l'opportunità di selezionare il bestiame o i semi delle varietà e specie di loro gradimento. Il supporto alla produzione dovrebbe valutare le potenziali implicazioni per la nutrizione, tra cui l'accesso ad alimenti ricchi di valori nutritivi, attraverso la propria produzione o tramite il contante generato da quest'ultimo. Per i pastori la fornitura di foraggio per gli animali durante la siccità può essere un beneficio più diretto per la nutrizione delle persone rispetto alla distribuzione degli alimenti. La fattibilità dei trasferimenti dei contanti per le famiglie al fine di fornire l'accesso ai mezzi di produzione, dovrebbe essere basata sulla disponibilità dei beni a livello locale, sull'accesso ai mercati e sulla disponibilità di un meccanismo di trasferimento sicuro e conveniente.
- 4. *Tempestività e accettabilità:*** gli esempi di mezzi di produzione includono per esempio, sementi, attrezzi, fertilizzanti, bestiame, attrezzature per la pesca, attrezzi da caccia, prestiti e linee di credito, informazioni di mercato e mezzi di trasporto. Un'alternativa agli ingressi in natura è quella di fornire denaro o voucher al fine di consentire alle persone le integrazioni che desiderano. La fornitura di mezzi di produzione agricoli e di servizi veterinari deve essere in concomitanza con le stagioni agricole e zootecniche. Ad esempio, la fornitura di sementi ed attrezzi deve essere effettuata prima della stagione della semina e lo smistamento dei mangimi supplementari per il bestiame deve essere terminato prima che si produca una mortalità eccessiva, mentre il successivo stoccaggio deve iniziare per esempio a seguito della successiva stagione delle piogge.
- 5. *Sementi:*** la priorità dovrebbe essere data alle sementi di colture e varietà che sono già in uso locale, in modo che gli agricoltori possono utilizzare i propri criteri per determinare la qualità. Le colture proposte devono essere quelle che hanno maggiore priorità per la stagione successiva all'evento che ha determinato la crisi. Le varietà specifiche devono essere approvate da parte degli agricoltori e degli esperti agricoli locali. Come minimo i semi devono adattarsi all'agro-ecologia locale e alle condizioni di gestione degli agricoltori, essere resistenti alle malattie ed essere scelte tenendo in considerazione i futuri scenari del cambiamento climatico, come alluvioni o siccità e l'innalzamento del livello marino. I semi che non provengono dalla regione hanno bisogno di essere adeguatamente testati per la qualità e controllati per l'adeguatezza alle condizioni locali. Gli agricoltori dovrebbero avere accesso a una serie di colture e varietà in relazione alle sementi, in modo che essi possano elaborare strategie su ciò che è meglio per il loro particolare sistema di allevamento. I semi ibridi possono essere adeguati nel caso in cui gli agricoltori abbiano familiarità con essi e posseggano esperienza nella

loro coltivazione. Ciò può essere determinato solo mediante la consultazione della popolazione. Quando i semi sono forniti gratuitamente e gli agricoltori coltivano mais è possibile che questi ultimi preferiscano semi ibridi rispetto alle varietà locali in quanto all'acquisto risultano più costosi. Le politiche del governo in materia di sementi ibride dovrebbero essere rispettate prima della distribuzione. Non devono essere distribuiti semi geneticamente modificati (OGM), a meno che non sia stati approvati dalle autorità locali. In tali casi gli agricoltori devono anche essere consapevoli che stanno ricevendo semi OGM.

- 6. *Impatto sui mezzi di sostentamento rurali:*** la produzione primaria degli alimenti può non essere praticabile se vi è una scarsità di risorse naturali vitali (e non può essere valida a lungo termine se le risorse erano in declino prima del disastro) o se alcuni gruppi della popolazione non hanno accesso a questi (ad esempio, persone senza terra). Promuovere una produzione che richieda un aumento nell'utilizzo delle risorse naturali disponibili nella zona potrebbe incrementare tensioni nella popolazione locale, che a sua volta può generare difficoltà di accesso all'acqua ed ad altri bisogni essenziali. Quando si forniscono risorse, sia in natura, sia in contanti, si deve prestare particolare attenzione che non aumentino i rischi di sicurezza per i destinatari o quelli di conflitti (vedi Sicurezza alimentare – mezzi di sostentamento standard 2 a pagina 208 e la Sicurezza alimentare – i trasferimenti di contanti e voucher standard 1 a pagina 200). Inoltre, la fornitura gratuita di input può disturbare i meccanismi tradizionali di sostegno sociale e di redistribuzione, lasciando il settore privato fuori dal mercato e mettendo a repentaglio l'accesso futuro ai mezzi di produzione.
- 7. *Acquisto di input a livello locale:*** gli input e i servizi per la produzione di alimenti, come i servizi veterinari e di sementi, dovrebbero essere ottenuti attraverso sistemi di approvvigionamento legali e verificabili, ove possibile, a livello locale. Per sostenere il settore privato locale, dovrebbero essere utilizzati meccanismi come denaro o voucher, che collegano i produttori primari direttamente ai fornitori. Nella progettazione di tali sistemi per consentire l'acquisto a livello locale, è importante tenere in considerazione la disponibilità degli input appropriati e la capacità dei fornitori di aumentare l'offerta, considerato il rischio d'inflazione (per esempio, l'aumento dei prezzi della merce con disponibilità limitata) e la qualità dei fattori di produzione. La fornitura diretta dei beni e mezzi di produzione importati dovrebbe essere intrapresa solo quando non c'è un'alternativa locale possibile.
- 8. *Monitoraggio dell'utilizzo:*** possono essere stimati gli indicatori e i risultati del processo della produzione, la lavorazione e la distribuzione degli alimenti, ad esempio, la superficie coltivata, la quantità di sementi piantata per ettaro, la resa e il numero dei capi di bestiame. È importante determinare come i



produttori utilizzino gli input (ovvero, verificare che i semi vengano realmente piantati e che gli attrezzi, i fertilizzanti, le reti e gli attrezzi da pesca vengano utilizzati nel modo previsto) o come spendano il denaro destinato agli input. La qualità di questi ultimi deve essere rivista in funzione della performance, della loro accettabilità e delle preferenze dei produttori. Per la valutazione, è importante considerare l'incidenza che il progetto ha sugli alimenti disponibili per la casa, la quantità e la qualità degli alimenti consumati o la quantità di prodotti alimentari commercializzati o ceduti gratuitamente. Qualora il progetto si proponga di aumentare la produzione di un cibo specifico, come ad esempio i prodotti di origine animale, pesce o legumi, ricchi di proteine, si dovrà studiare l'uso che le famiglie ne fanno.

### Sicurezza alimentare – mezzi di sostentamento standard 2: reddito ed occupazione

Quando la produzione di reddito e d'occupazione costituiscono strategie di sostentamento fattibili, le donne e gli uomini hanno pari accesso alle opportunità di ottenere un guadagno..

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Basare le decisioni relative alle attività generatrici di reddito su una valutazione di mercato e su un'adeguata analisi partecipativa delle capacità delle famiglie di impegnarsi in un'attività (v. note di orientamento 1–2).
- ▶ Basare il tipo di retribuzione (in contanti, voucher, cibo o una combinazione di questi) su un'analisi delle capacità locali, dei bisogni immediati, dei sistemi di mercato e in base alle preferenze della popolazione colpita dal disastro (v. nota di orientamento 3).
- ▶ Basare il livello di remunerazione sulle necessità, gli obiettivi per il recupero dei mezzi di sostentamento e i tassi di lavoro locali (v. nota di orientamento 4).
- ▶ Assicurare che esistano procedure per offrire un ambiente di lavoro sicuro (v. nota di orientamento 5).
- ▶ Adottare misure per evitare distorsioni e/o l'insicurezza quando vengano coinvolte ingenti somme di denaro (v. nota di orientamento 6).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Tutti i beneficiari generano redditi attraverso le loro attività e contribuiscono a soddisfare i propri bisogni basilari con i propri mezzi di sostentamento.

- ▶ Le risposte che forniscono opportunità di lavoro sono a disposizione di donne e uomini in ugual misura e non influenzano negativamente il mercato locale, né hanno un impatto negativo sulle normali attività di sostentamento (v. nota di orientamento 7).

Le popolazioni sono coscienti che la remunerazione costituisce un contributo alla sicurezza alimentare di tutti i membri della famiglia allo stesso modo (v. nota di orientamento 8).

#### Note di orientamento

1. **Appropriatezza delle iniziative:** un'analisi di mercato è fondamentale per giustificare e definire le attività. Devono essere utilizzati gli strumenti esistenti per capire i mercati e i sistemi economici (vedi la sezione relativa ai mercati in Riferimenti ed ulteriori letture). Ci dovrebbe essere il massimo utilizzo delle risorse umane locali e l'individuazione delle attività del progetto. Per alcuni gruppi (come donne incinta, persone con disabilità o anziani) è necessario analizzare le alternative nell'ambito del gruppo dei beneficiari. Quando è presente un numero elevato di popolazioni sfollate (rifugiati o sfollati interni), devono essere considerate le opportunità di lavoro e conoscenze pratiche sia per gli sfollati sia per i padroni di casa. Al momento della scelta del luogo per le attività dovranno essere prese in considerazione le minacce di attacchi, i rischi per la sicurezza (ad esempio, aree minate) e le zone non idonee dal punto di vista ambientale (ad esempio, terre contaminate o inquinate, soggette a subsidenza o allagamenti, o eccessivamente ripide) (vedi Principi di protezione 1–3 intervallo pagine 33–38).
2. **Trasferimenti di reddito alle famiglie con capacità limitate di partecipazione:** mentre molte famiglie possono essere in grado di svolgere attività generatrici di reddito, per altre a causa del disastro può risultare impossibile beneficiare di tali opportunità o il periodo per ricevere un adeguato rendimento può essere troppo lungo. Per tali famiglie, è necessario contemplare diversi mezzi di protezione, come trasferimenti di contanti e/o distribuzione di cibo incondizionati, con un piano per stabilire dei vincoli con i sistemi correnti di protezione sociale o promuovere nuovi mezzi di protezione se necessario.
3. **Tipo di remunerazione:** la remunerazione può essere sotto forma di denaro o cibo, o una combinazione di entrambe le possibilità, e deve consentire alle famiglie colpite dall'insicurezza alimentare di soddisfare i propri bisogni. Invece del pagamento per i lavori della comunità, la retribuzione può assumere la forma di un incentivo per aiutare le persone a svolgere compiti che gli apportino benefici diretti. Devono essere analizzate le necessità di acquisto delle persone, così come le percussioni della somministrazione di contanti o



alimenti per sopperire le altre necessità di base (come la scuola, l'accesso ai servizi sanitari e gli obblighi sociali). Il tipo e il livello di remunerazione dovranno essere decisi caso per caso, tenendo conto dei fattori sopracitati, della disponibilità di denaro e del cibo e del possibile impatto generato sui mercati del lavoro locali.

4. **Pagamenti:** non ci sono linee guida universalmente accettate per l'impostazione dei livelli di remunerazione, ma quando la retribuzione è in natura e si fornisce come un trasferimento di reddito, si deve considerare il valore di rivendita (ad esempio del cibo) sui mercati locali. Il guadagno netto per gli individui attraverso la partecipazione alle attività del programma, deve essere maggiore rispetto al tempo speso in altre attività. Questo criterio vale per il cibo e per i mezzi delle attività di lavoro, anche per il credito, per le imprese start-up, etc. Le opportunità reddituali dovrebbero aumentare la gamma delle fonti di reddito e non sostituire quelle esistenti. La remunerazione non deve avere un impatto negativo sui mercati locali del lavoro, ad esempio, provocando inflazione nel salario, deviando la manodopera da altre attività o minando i servizi pubblici essenziali.
5. **Rischi nell'ambiente di lavoro:** si deve evitare che si crei un ambiente di lavoro ad alto rischio mediante l'applicazione di procedure pratiche per la riduzione di rischi o per il trattamento di lesioni; per esempio, sessioni di briefing, indumenti protettivi e kit di pronto soccorso, se necessario. Ciò dovrebbe includere anche i mezzi per ridurre al minimo il rischio di esposizione all'HIV. Tra le pratiche per migliorare la sicurezza figurano le seguenti: garantire vie di accesso sicure per recarsi al lavoro, assicurandosi che i percorsi siano ben illuminati e fornendo torce, utilizzando sistemi di allerta tempestiva (in questi casi possono essere utilizzate campane, fischietti, radio e altri dispositivi) e applicando le norme di sicurezza, come viaggiare in gruppo ed evitare viaggi dopo il tramonto. Particolare attenzione deve essere dedicata alle donne, alle ragazze e ad altri soggetti a rischio di violenza sessuale. Assicurarsi che tutti i partecipanti siano a conoscenza delle procedure di emergenza e che abbiano accesso ai sistemi di allerta tempestiva (vedi Principi di protezione 1 e 3 intervallo pagine 33–38).
6. **Rischio di insicurezza e di diversione:** distribuire le risorse sotto forma di cibo o denaro per il lavoro (ad esempio, prestiti o pagamenti per il lavoro svolto) presenta problemi di sicurezza sia per il personale del programma sia per i destinatari (vedi Sicurezza alimentare – trasferimenti di cibo standard 5, note di orientamento 6 a pagina 195 e Sicurezza alimentare – trasferimenti di contante e voucher standard 1, note di orientamento 4 a pagina 202).
7. **Responsabilità familiari e mezzi di sostentamento:** la partecipazione alle opportunità di reddito non dovrebbe compromettere le attenzioni verso i bambini né altre responsabilità simili, in quanto ciò potrebbe aumentare il

rischio di malnutrizione e altri rischi per la salute. I programmi possono avere bisogno di prendere in considerazione la possibilità di impiegare personale sanitario o di fornire servizi di assistenza. Potrebbe non essere opportuno indurre un aumento dei carichi di lavoro nella vita delle persone, soprattutto delle donne. I programmi non dovrebbero compromettere l'accesso ad altre opportunità, come impiego ed istruzione, né sottrarre risorse alle attività produttive delle famiglie già esistenti. Partecipazione e generazione di reddito devono rispettare le leggi nazionali relative all'età minima di ammissione al lavoro, che di solito non è inferiore all'età in cui si termina la scuola dell'obbligo.

8. **Uso della remunerazione:** la remunerazione è giusta quando il reddito prodotto costituisce una parte significativa delle risorse necessarie per la sicurezza alimentare. È importante capire l'amministrazione familiare dei contanti o dei trasferimenti di cibo (compresa la distribuzione all'interno del nucleo familiare e gli usi finali), in quanto la maniera in cui essi sono distribuiti è in grado di aumentare o mitigare le tensioni esistenti, che riguardano la sicurezza alimentare dei membri della famiglia in modo diverso. Ad esempio, la riparazione di strade può migliorare l'accesso ai mercati e all'assistenza sanitaria, mentre la riparazione o la costruzione di sistemi d'irrigazione possono migliorare la produttività.

### Sicurezza alimentare – mezzi di sostentamento standard 3: Accesso ai mercati

Si protegge e promuove l'accesso sicuro della popolazione colpita dal disastro a beni e servizi di mercato, come ai produttori, ai consumatori e ai commercianti.

### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Proteggere e rafforzare prezzi di mercato accessibili per i produttori, i consumatori e i commercianti (v. nota di orientamento 1).
- ▶ Basare le risposte in materia di sicurezza alimentare e mezzi di sostentamento sulla comprensione del funzionamento o meno dei mercati locali, così come sulle loro possibilità di potenziamento (v. nota di orientamento 2).
- ▶ Intraprendere la promozione dei miglioramenti e delle modifiche delle politiche sulla base di un'analisi di mercato condotta prima di ogni intervento (v. nota di orientamento 3).
- ▶ Adottare misure per incentivare e sostenere l'accesso al mercato per le persone vulnerabili (v. nota di orientamento 4).



- ▶ Controllare gli effetti negativi delle risposte, inclusi gli acquisti degli alimenti e la loro distribuzione, sui mercati locali (v. nota di orientamento 5).
- ▶ Ridurre al minimo le conseguenze negative delle fluttuazioni estreme dei prezzi o altre fluttuazioni anormali sui mercati (v. nota di orientamento 6).

### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Gli interventi sono progettati per supportare il recupero dei mercati, sia attraverso interventi diretti sia attraverso la promozione di commercianti locali tramite programmi di consegna di denaro e/o voucher.
- ▶ Tutte le popolazioni beneficiarie hanno accesso sicuro e completo ai beni, servizi e sistemi del mercato durante tutta la durata del programma..

### Note di orientamento

1. **Domanda e offerta di mercato:** l'accesso economico ai mercati dipende dal potere di acquisto, dai prezzi di mercato e dalla disponibilità. L'accessibilità dipende dalle ragioni di scambio esistenti tra i bisogni primari (cibo, fattori di produzione agricoli essenziali, come sementi, attrezzi, assistenza sanitaria, ecc.) e le fonti di reddito (colture, bestiame, salari, ecc.). L'erosione dei beni si verifica quando il deterioramento del commercio costringe la gente a vendere i beni (spesso a basso prezzo) per l'acquisto di bisogni primari (a prezzi gonfiati). L'accesso ai mercati può anche essere influenzato dal contesto politico e di sicurezza, nonché da considerazioni culturali e religiose, che limitano l'accesso di alcuni gruppi, in particolare delle minoranze.
2. **Analisi di mercato:** occorre prendere in considerazione tutte le persone interessate, tra cui le persone vulnerabili, per l'accesso ai mercati. Prima di effettuare risposte che remunerano in contanti, voucher, alimenti o input, si deve realizzare un adeguato livello di analisi di mercato per la merce fornita. L'acquisto locale di eccedenze sosterrà i produttori locali ma dovranno essere identificati i possibili rischi negativi (vedi Sicurezza alimentare e valutazione nutrizionale standard 1, note di orientamento 7 a pagina 152)
3. **Advocacy:** i mercati operano nelle economie nazionali e globali più ampie, che influenzano le condizioni di mercato locali. Ad esempio, le politiche governative, tra cui le politiche dei prezzi e degli scambi, influiscono sull'accesso e sulla disponibilità. Anche se le azioni a questo livello sono oltre la portata di reazione alle catastrofi, è necessario analizzare tali fattori in quanto vi possono essere le opportunità di un approccio comune tra i vari organismi o per promuovere miglioramenti con l'aiuto del governo e di altre organizzazioni (vedi Principio di protezione 3 a pagina 38).

4. **Persone vulnerabili:** è basilare effettuare un'analisi delle vulnerabilità per identificare le persone che hanno accesso limitato ai mercati e alle opportunità di sostentamento. Le persone con disabilità, le persone sieropositive, le persone anziane e le donne che hanno la responsabilità della cura di altri individui devono essere sostenute per accedere ai mercati.
5. **Impatto degli interventi:** l'approvvigionamento a livello locale degli alimenti, delle sementi o di altre materie prime può causare l'inflazione locale a svantaggio dei consumatori, ma a beneficio dei produttori locali. Al contrario, gli alimenti importati possono abbassare i prezzi e disincentivare la produzione alimentare locale, aumentando potenzialmente l'insicurezza alimentare. La fornitura di contanti può avere effetti moltiplicatori positivi nell'economie locali, ma potrebbe anche causare l'inflazione locale per le merci importanti. I responsabili dell'approvvigionamento dovrebbero monitorare tali effetti e tenerne conto. La distribuzione del cibo potrebbe anche influenzare il potere di acquisto dei beneficiari in quanto costituisce una forma di trasferimento del reddito. Alcune materie prime sono più facili da vendere a buon prezzo rispetto ad altre; per esempio, l'olio rispetto ai cibi composti. Il "potere d'acquisto" associato ad un determinato alimento o ad un paniere alimentare, influenzerà la decisione del nucleo familiare beneficiario a consumarlo o venderlo. È importante comprendere gli acquisti e le vendite effettuati dalle famiglie al fine di determinare l'impatto più ampio sui programmi di distribuzione alimentare.
6. **Le fluttuazioni estreme dei prezzi** possono influenzare negativamente i produttori agricoli più poveri, che si vedono costretti a vendere i propri prodotti, quando i prezzi sono al minimo (di solito solo dopo la raccolta) o i proprietari di bestiame che sono costretti a vendere durante la siccità. Al contrario, i consumatori che hanno disposizione poco reddito, non possono permettersi di investire in scorte alimentari e sono costretti ad effettuare acquisti piccoli ma frequenti. Pertanto, essi sono costretti ad acquistare anche quando i prezzi sono alti (ad esempio, durante la siccità). Tra gli esempi di interventi che possono ridurre al minimo questi effetti figurano: il miglioramento dei sistemi di stoccaggio e di trasporto, la produzione alimentare diversificata e i trasferimenti di contanti o di cibo nei momenti critici.



# Allegato 1

## Sicurezza alimentare e mezzi di sostentamento, lista di controllo e valutazione.

Le valutazioni della sicurezza alimentare spesso classificano sostanzialmente la popolazione colpita in gruppi di sostentamento in base alle loro fonti e strategie per ottenere reddito o cibo. Ciò può comprendere anche una ripartizione della popolazione per fasce o livelli di ricchezza. E' importante confrontare la situazione attuale con la storia della sicurezza alimentare che precede il disastro. La cosiddetta "media degli anni normali" deve essere considerata come dato di riferimento. Devono essere considerati i ruoli, le vulnerabilità specifiche di donne e uomini e la sicurezza alimentare delle famiglie.

La seguente lista di domande, comprende i maggiori settori che di solito vengono considerati nella valutazione della sicurezza alimentare.

### 1 Sicurezza alimentare e gruppi di sostentamento

- Ci sono dei gruppi nella popolazione che condividono le stesse strategie di sostentamento? Come possono essere classificati in base alle loro principali fonti di cibo o reddito?

### 2 Sicurezza alimentare pre-disastro ( linee base )

- Come facevano i diversi gruppi di sostentamento ad acquisire cibo o reddito prima del disastro? Per un'annata media, nel recente passato, quali erano le loro fonti di cibo e di reddito?
- Come facevano a variare le diverse fonti di cibo e reddito tra le stagioni in un anno normale? ( Può essere utile la creazione di un calendario stagionale).
- Guardando indietro negli ultimi cinque o dieci anni, come è variata la sicurezza alimentare di anno in anno? (Può essere utile la creazione della storia o di una cronologia degli anni positivi e negativi).
- Quali tipi di beni, risparmi o altre riserve sono di proprietà dei diversi gruppi di sostentamento? (Ad esempio: scorte alimentari, risparmi in contanti, bestiame, investimenti, credito, debiti non riscossi etc.)?

- Per un periodo di una settimana o di un mese, cosa comprende la spesa delle famiglie e qual' è la proporzione di spesa per ogni voce?
- Nella famiglia chi è responsabile della gestione del denaro e per cosa viene speso?
- Come è raggiungibile il mercato più vicino per acquistare beni di prima necessità? ( Considerare la distanza, la sicurezza, la facilità nella mobilità, disponibilità delle informazioni sul mercato, trasporto etc.)
- Qual è la disponibilità e il prezzo dei beni essenziali, compreso il cibo?
- Prima del disastro, quali sono state le condizioni medie di scambio tra le fonti essenziali di reddito e di cibo, ad esempio, salari al cibo, bestiame al cibo, ecc.?

### 3 Sicurezza alimentare durante il disastro.

- Il disastro come ha influenzato le varie fonti di cibo e reddito per ognuno dei gruppi di sostentamento identificati?
- Come ha influenzato i normali modelli stagionali di sicurezza alimentare per i diversi gruppi?
- Come ha influenzato l'accesso ai mercati, la disponibilità dei mercati e i prezzi dei beni di consumo?
- Per i vari gruppi di sostentamento , quali sono le diverse strategie di coping e che proporzione di persone vi è impegnata?
- Come è cambiato questo rispetto alla situazione pre- disastro?
- Quale gruppo o popolazione è stato più colpito?
- Quali sono, a medio e lungo termine, gli effetti delle strategie di coping sulla disponibilità economica e sugli altri beni delle persone?
- Per i vari gruppi di sostentamento e per tutte le persone vulnerabili, quali sono gli effetti delle strategie di coping sulla loro salute, sul benessere in generale e sulla dignità? Ci sono dei rischi associati alle strategie di coping?



# Allegato 2

## Lista di controllo e valutazione per la sicurezza dei sementi.

Di seguito sono riportati esempi di domande per la valutazione della sicurezza delle sementi:

### 1. Pre-disastro (linee base)

- ▶ Quali sono le colture più importanti tra gli agricoltori? Per cosa le usano, consumi, redditi o entrambi? Queste sono le colture per ogni stagione? Quali colture minori potrebbero diventare importanti in un periodo di tensione?
- ▶ In che modo gli agricoltori ottengono solitamente i semi o altro materiale da semina per queste colture? (Considerare tutti i canali.)
- ▶ Quali sono i criteri di semina per ognuna delle maggiori colture? Qual è la media della superficie coltivata? Quali sono i tassi di semina? Quali sono i tassi di riproduzione? ( Rapporto tra sementi o grano raccolti dai semi piantati)
- ▶ Ci sono varietà di colture specifiche importanti o privilegiate?
- ▶ Quali sono i fattori di produzione essenziali per particolari colture o varietà?
- ▶ Nella famiglia chi è responsabile di prendere le decisioni, gestire le colture e di smaltire i prodotti delle colture ai vari livelli di produzione e post-produzione?

### 2. Dopo il disastro

- ▶ Secondo il punto di vista dei beneficiari è possibile un intervento legato all'agricoltura?
- ▶ I contadini sono fiduciosi che la situazione sia stabile e abbastanza sicura da poter coltivare, raccogliere e vendere o consumare il raccolto?
- ▶ Hanno sufficiente accesso ai campi e agli altri mezzi di produzione (concimi, attrezzi, animali da traino)?

### 3. Valutare la fornitura di sementi e la richiesta: scorte domestiche

- ▶ Ci sono adeguate quantità di semi di produzione nazionale disponibili per la semina? Queste includono sia i semi del raccolto del contadino sia quelli potenzialmente disponibili tramite le varie reti sociali ( ad esempio i vicini).
- ▶ Si tratta di una coltura che gli agricoltori vogliono ancora piantare? E' adatta alle condizioni locali ? C'è ancora richiesta per questa?
- ▶ Ci sono delle varietà disponibili, attraverso la produzione propria degli agricoltori, ancora adatte da piantare la prossima stagione? La qualità dei semi soddisfa gli agricoltori rispetto allo standard normale?

### 4. Valutazione sulla fornitura e la richiesta di semi, mercato locale

- ▶ Ci sono dei mercati generalmente funzionanti nonostante il disastro ( ci sono dei giorni di mercato stabiliti, gli agricoltori sono ancora in grado di muoversi, vendere e comperare liberamente )?
- ▶ Ci sono quantità di semi o grano disponibili paragonabili a quelli in condizioni normali nello stesso periodo delle stagioni precedenti?
- ▶ Nei mercati ci trovano le colture e le varietà che gli agricoltori trovano adatte per la coltivazione?
- ▶ Gli attuali prezzi di mercato dei semi e del grano sono paragonabili ai prezzi dello stesso periodo nella stagione precedente? Se c'è una differenza di prezzo, questa differenza può essere un problema per gli agricoltori?

### 5. Valutazione sulla fornitura e la richiesta di semi, settore formale.

- ▶ Ci sono colture o varietà in offerta nel settore formale adatte a particolari zone di stress? Ci sono testimonianze a riguardo degli agricoltori?
- ▶ La quantità di semi disponibile nel settore formale può soddisfare una qualsiasi esigenza di aiuto? Se no, quale proporzione di bisogni degli agricoltori può essere soddisfatta?



# Allegato 3

## Lista di controllo e valutazione nutrizionale

Di seguito sono riportati esempi di domande per le valutazioni che esaminano le cause della malnutrizione, il livello di rischio per la nutrizione e possibili risposte. Le domande sono basate su uno schema concettuale delle cause della denutrizione ( vedi pag. 146). L'informazione è probabile sia disponibile da varie fonti e raccolte dati e da diversi strumenti di valutazione, tra cui interviste, informatori, osservazione e dati secondari. ( Cfr. anche gli standard fondamentali 1, 3-4 alle pagine 55- 65).

### Situazione pre- Emergenza

Quali informazioni ci sono già sulla natura, la portata e le cause della denutrizione tra la popolazione colpita? ( Vedi Standard 2, Sicurezza Alimentare e Valutazione Nutrizionale, pag. 154)

### Attuale rischio di denutrizione

1. Rischio di denutrizione relativo al ridotto accesso al cibo – vedi Appendice 1: Sicurezza alimentare e Mezzi di Sostentamento, Lista di Controllo e Valutazione).
2. Rischio di denutrizione relativo all'alimentazione di neonati e bambini e pratiche di assistenza:
  - C'è un cambiamento di modelli sociali e di lavoro (ad esempio a causa della migrazione, dello spostamento o di conflitto armato), che mostra che i ruoli e le responsabilità all'interno della famiglia sono cambiate?
  - C'è un cambiamento nella normale composizione della famiglia? Ci sono un gran numero di bambini separati?
  - Il normale ambiente di cura che riguarda l'assistenza secondaria, l'accesso agli alimenti per i bambini, l'accesso all'acqua etc. è stato modificato ( ad esempio tramite gli spostamenti)?
  - Ci sono neonati non allattati al seno? Ci sono neonati nutriti artificialmente?
  - Vi è stata alcuna prova o sospetto di una diminuzione nelle pratiche di alimentazione neonatale in emergenza, in particolare uno calo dei tassi di

allattamento o di esclusivo allattamento al seno, un aumento del tasso di alimentazione artificiale e / o un aumento della proporzione di neonati non allattati al seno?

- Gli alimenti sono adatti alla loro età, nutrizionalmente adeguati, e complementari? I mezzi per prepararli sono igienicamente accessibili?
  - C'è qualche prova o diffidenza verso la distribuzione generale dei sostituti del latte materno come il latte artificiale, altri derivati del latte, biberon e tettarelle, donati o acquistati?
  - Nelle comunità pastorali, le mandrie sono state lontano da bambini per molto tempo? L'accesso al latte è cambiato rispetto alla normalità?
  - L' HIV e AIDS hanno colpito le pratiche di assistenza a livello familiare ?
3. Rischio di denutrizione legato alla scarsa salute pubblica ( vedi Capitolo Salute a pagina 287):
    - Ci sono segnalazioni di epidemie di malattie che possono influenzare lo stato nutrizionale, come il morbillo o la malattia diarroica acuta? C'è il rischio che si verifichino queste epidemie? (Vedi Servizi Sanitari Essenziali - Controllo delle malattie trasmissibili, Standard 1-3 pagine 312-316.)
    - Qual' è la copertura di vaccino per il morbillo stimata sulla popolazione colpita ? ( Vedi servizi Sanitari Essenziali – Salute dei Bambini, Standard 1 a pagina 321.)
    - Abitualmente la Vitamina A viene data con la vaccinazione contro il morbillo? Qual' è la copertura d'integrazione stimata per la Vitamina A?
    - Ci sono delle stime dei tassi di mortalità? ( approssimative o sotto i 5 anni ) Cosa sono e quale metodo è stato utilizzato? (Vedi Servizi Sanitari Essenziali, Standard 1 a pagina 309.)
    - C'è o ci sarà una significativa diminuzione della temperature ambientali che rischia di influenzare la prevalenza di infezioni respiratorie acute o il fabbisogno energetico della popolazione colpita?
    - C'è un'alta prevalenza di HIV?
    - Ci sono persone già vulnerabili alla denutrizione a causa della povertà o della malattia?
    - C'è un sovraffollamento o un rischio di alta prevalenza di TBC?
    - C'è un'alta incidenza della malaria?
    - Le persone sono state in acqua o con vestiti bagnati o esposti ad alter condizioni ambientali difficili per un lunghi periodi di tempo?



4. Quali strutture locali, formali e informali, attraverso le quali possono essere canalizzati i vari interventi sono attualmente "a posto"?
- Qual è la capacità del Ministero della Salute, delle organizzazioni religiose, dei gruppi di supporto alla comunità, dei gruppi di sostegno per l'allattamento al seno e delle ONG con una presenza a lungo o breve termine nella zona?
  - Quali interventi nutrizionali o supporti basati sulla comunità sono già presenti sul posto e organizzati dalla comunità locale, dagli individui, dalle ONG, dalle organizzazioni governative, dalle agenzie delle Nazioni Unite, dalle organizzazioni religiose, etc.? Quali sono le politiche sulla nutrizione (passate, in corso e decadute), le risposte nutrizionali previste a lungo termine e i programmi che vengono attuati o programmati in risposta alla situazione attuale?

## Allegato 4

### Misurazione della malnutrizione acuta

Nelle gravi emergenze nutrizionali, può essere necessario includere nelle valutazioni nutrizionali o nei programmi nutrizionali, i bambini di età inferiore a 6 mesi, le donne in gravidanza o che allattano, i bambini più grandi, gli adolescenti, adulti e anziani.

Le indagini sui bambini di età compresa tra 6-59 mesi dovrebbero essere effettuate solo se:

- ▶ viene effettuata un'analisi contestuale approfondita della situazione, tra cui l'analisi delle cause della malnutrizione. Se i risultati di questa analisi suggeriscono che lo stato nutrizionale dei bambini piccoli non riflette quello della popolazione generale, allora dovrebbe essere considerato una indagine nutrizionale per un altro gruppo di età.
- ▶ la competenza tecnica è disponibile per garantire un'elevata qualità della raccolta dei dati, un'analisi adeguata e corretta e la presentazione e l'interpretazione dei risultati
- ▶ sono stati considerati i costi delle risorse e / o l'opportunità di includere altri gruppi di età nell'indagine
- ▶ sono stati formulati obiettivi chiari e ben documentati per l'indagine.

### Neonati sotto i 6 mesi

Mentre è in corso la ricerca per questa fascia di età, le conoscenze base per l'assessment e la gestione sono attualmente limitate. La maggior parte delle linee guida raccomandano le stesse definizioni di casi antropometrici della malnutrizione neonatale acuta anche per i bambini più grandi, di età compresa tra 6-59 mesi (tranne che per metà circonferenza del braccio superiore (MUAC, Mid-Upper Arm Circumference, Circonferenza medio-superiore del braccio, attualmente non raccomandato per i bambini <6 mesi). I criteri di ammissione si concentrano sulla dimensione attuale, piuttosto che su una valutazione della crescita. Il passaggio dai riferimenti di crescita del National Center for Health Statistics, NCHS, Centro Nazionale di Statistiche per la Salute, agli standard di crescita dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2006 si è



tradotto nell'incremento del numero di neonati sotto i 6 mesi con atrofia. Le implicazioni di questo cambiamento devono essere considerate e affrontate. Tra i potenziali problemi vi sono più bambini presenti nei programmi di alimentazione o assistenti che si occupano dell'adeguatezza dell'allattamento esclusivo al seno. È importante valutare e prendere in considerazione:

- la crescita longitudinale dei neonati - è un tasso di crescita buona nonostante la dimensione del corpo sia piccola (alcuni neonati possono per esempio recuperare a seguito di basso peso alla nascita)?
- pratiche di alimentazione neonatale - il bambino è esclusivamente allattato al seno?
- Stato clinico - il bambino ha complicanze mediche o condizioni che sono trattabili o che rendono lui / lei ad alto rischio?
- Fattori materni - per esempio alla madre manca supporto familiare o è depressa? l' ammissione ospedaliera ai programmi di alimentazione terapeutica dovrebbe essere una priorità per i neonati ad alto rischio.

### Bambini dai 6 ai 59 mesi

La tabella sottostante mostra gli indicatori comunemente utilizzati per i differenti livelli di malnutrizione tra i bambini di età compresa tra i 6 e i 59 mesi. L'indice WFH (WFH Weight for height. Peso per Altezza ) deve essere calcolato usando gli standard di crescita neonatale dell'OMS del 2006. Lo standard score dell'indice WFH Z (secondo gli standard dell'OMS) è l'indicatore preferito per riportare i risultati delle indagini antropometriche. L'indice MUAC è un criterio indipendente per misurare la malnutrizione acuta ed è uno dei migliori indicatori della mortalità. La prevalenza di un indice MUAC basso è anche esaminata nelle indagini per prevedere casi di eccessiva alimentazione integrativa e programmi di cure terapeutiche. I limiti estremi comunemente utilizzati sono <11,5 centimetri per la malnutrizione acuta grave e 11,5 <12,5 centimetri per la malnutrizione acuta moderata. Inoltre l'indice MUAC è spesso usato, con un limite più alto , come parte di un processo di screening a due stadi. Non dovrebbe essere usato da solo in indagini antropometriche, ma può essere utilizzato come unico criterio di ammissione per i programmi di alimentazione.

	<b>Malnutrizione acuta globale</b>	<b>Malnutrizione acuta moderata</b>	<b>Malnutrizione acuta grave</b>
Bambini tra i 6.0 e i 59.9 mesi	WFH <-2 standard score e/o MUAC <12.5cm e/o edema nutrizionale	WFH -3 - <-2 standard score e/o MUAC 11.5-<12.5cm	WFH <-3 standard score e/o MUAC <11.5cm e/o edema nutrizionale

### Bambini di età compresa tra i 5 e i 19 anni

Si raccomanda l'uso degli standard di crescita dell' OMS del 2007 per determinare lo stato nutrizionale nei bambini di età compresa tra i 5 e i 19 anni. Queste fonti di dati sulle curve di crescita sono una ricostruzione dei riferimenti del NCHS/OMS del 1977 e sono strettamente allineati con gli standard di crescita dell'OMS per i bambini tra i 6 e i 59 mesi e il limite raccomandato per gli adulti. Può essere preso in considerazione l'uso dell'indice MUAC anche nei bambini più grandi e negli adolescenti, in particolare nel contesto dell'HIV. Poiché questa è un'area di sviluppo tecnico, è importante fare riferimento alle indicazioni più recenti e agli aggiornamenti tecnici.

### Adulti ( dai 20 ai 59.9 anni)

Non esiste una definizione concordata di malnutrizione acuta negli adulti ma i dati suggeriscono che il limite per la malnutrizione acuta grave potrebbe essere inferiore rispetto a un indice di massa corporea (BMI, Body Mass Index) di 16 e inferiore a 18,5 per una malnutrizione acuta moderata/lieve. Le Indagini sulla malnutrizione adulta dovrebbero mirare a raccogliere dati su peso, altezza, altezza seduta e misurazioni MUAC. Questi dati possono essere utilizzati per calcolare l' indice di massa corporea. L'indice di massa corporea deve essere regolato per l'indice Cormic (il rapporto tra altezza seduta a altezza in piedi), solo per fare confronti tra popolazioni. Tale adattamento può cambiare sostanzialmente la prevalenza apparente di malnutrizione negli adulti e può avere importanti implicazioni programmatiche. Devono essere sempre prese le misurazioni MUAC. Se sono necessari risultati immediati o le risorse sono molto limitate, le indagini possono essere basate soltanto sulle misurazioni MUAC . Poiché l'interpretazione dei risultati antropometrici è complicata dalla mancanza di dati convalidati funzionali al risultato e da parametri di riferimento per determinare il significato dell'esito, tali risultati devono essere interpretati assieme a dettagliate informazioni contestuali. Una guida all'assessment può essere trovata sotto "Riferimenti ed ulteriori letture". I criteri degli screening individuali per l'ammissione alle cure nutrizionali dovrebbero includere una combinazione di indici antropometrici, sintomi clinici (in particolare la debolezza, la recente perdita di peso) e fattori sociali (accesso al cibo, la presenza di operatori sanitari, rifugi, etc.) Si noti che l'edema negli adulti può essere causato da una varietà di ragioni diverse e non solo dalla malnutrizione e medici dovrebbero valutare l'edema nell' adulto per escludere altre cause. Le singole agenzie dovrebbero decidere l'indicatore per determinare l'eleggibilità per la cura, tenendo conto delle carenze note, dell'indice di massa corporea e della mancanza di informazioni sul MUAC e le implicazioni di programma del loro utilizzo. Poiché questi sono temi suscettibili di sviluppo tecnico, è importante far riferimento alle indicazioni più recenti e agli aggiornamenti specifici.

L'indice MUAC può essere usato come strumento di screening per le donne incinte, per esempio come criterio per l'ingresso in un programma di alimentazione. Dato i loro bisogni nutrizionali supplementari, le donne in gravidanza possono essere più a rischio rispetto ad altri gruppi della popolazione. Il valore del MUAC non cambia in modo significativo attraverso la gravidanza. Un valore MUAC <20,7 centimetri (rischio grave) e <23cm (rischio moderato) hanno dimostrato di rappresentare un rischio di ritardo di crescita del feto. Sugeriti i limiti per il rischio, questi variano da paese a paese e vanno da 21 centimetri a 23 centimetri. Meno di 21 centimetri è stato suggerito come limite appropriato per la selezione delle donne a rischio in caso di emergenza.

### Persone anziane

Non esiste attualmente alcuna definizione concordata di malnutrizione nelle persone anziane, tuttavia questo gruppo può essere a rischio di malnutrizione in caso di emergenza. L'OMS suggerisce che le soglie dell'Indice di massa corporea (BMI) per gli adulti possono essere appropriate anche per gli anziani di età compresa tra 60-69 anni o oltre. Tuttavia, la precisione della misurazione è problematica a causa della curvatura spinale (curvo) e della compressione delle vertebre. L'apertura delle braccia o demi-span possono essere utilizzate al posto dell'altezza ma il fattore di moltiplicazione per calcolare l'altezza varia in base alla popolazione. E' necessaria la valutazione visiva. L'indice MUAC può essere uno strumento utile per misurare la malnutrizione nelle persone anziane ma la ricerca di appropriati limiti attualmente è ancora in corso.

### Persone con disabilità

Non esistono attualmente linee guida per l'assessment delle persone con disabilità fisiche e quindi sono spesso escluse dalle indagini antropometriche. E' necessaria la valutazione visiva. Le misurazioni MUAC possono essere fuorvianti nei casi in cui il muscolo del braccio superiore si è sviluppato come sostegno della mobilità. Ci sono alternative alle misure standard di altezza; lunghezza, apertura delle braccia, demi-span o lunghezza delle gambe. E' necessario consultare le ultime ricerche per determinare il modo più appropriato per misurare le persone con disabilità, per i quali il peso standard, l'altezza e la misura MUAC non sono appropriati.

## Allegato 5

### Misure dell'importanza della salute pubblica di carenza di micronutrienti

Le carenze di micronutrienti clinici, dovrebbero essere trattate con urgenza su base individuale. I casi individuali di carenza di micronutrienti clinici sono di solito indicativi di un problema di fondo di carenza di micronutrienti a livello della popolazione. La misurazione e la classificazione della carenza di micronutrienti a livello della popolazione è importante per la pianificazione e il monitoraggio degli interventi.

I test biochimici hanno il vantaggio di fornire misure oggettive sullo status dei micronutrienti. Tuttavia, la raccolta di campioni biologici per i test spesso presenta problemi logistici, la formazione del personale, la catena del freddo e, talvolta, problemi di accettabilità. Le misurazioni biochimiche non sono sempre così chiaramente utili, vale a dire sensibili e specifiche come si potrebbe immaginare. Ci possono essere anche variazioni a seconda del momento della giornata, della stagione dell'anno, il campione viene raccolto e può mostrare una malnutrizione acuta. Un buon controllo di qualità è essenziale e deve essere sempre considerato nella scelta di un laboratorio per le prove a campione.

Nel valutare lo status dei micronutrienti, devono essere considerate sia la possibilità di assunzione eccessiva che una carenza. Questo è di particolare interesse quando vengono usati prodotti altamente fortificati o integratori per fornire micronutrienti alla popolazione colpita.

La tabella sottostante mostra le classificazioni del significato per la salute pubblica di carenze di micronutrienti selezionati utilizzando diversi indicatori.



## Indicatori di carenza e micronutrienti

Indicatore di carenza di micronutrienti	Fascia di età consigliata per studi di prevalenza	Definizione del problema di salute pubblica	
		Gravità	Prevalenza (%)
<b>Carenza di vitamina A</b>			
Cecità notturna (XN)	24-71 mesi	Scarsa	> 0 – < 1
		Moderata	≥1 – < 5
		Grave	≥ 5
Macchie di Bitot (X1B)	6-71 mesi	Non Specificata	> 0,5
Xerosi corneale / ulcerazione / cheratomalacia (X2, X3A, X3B)	6-71 mesi	Non Specificata	> 0,01
Cicatrici corneali (XS)	6-71 mesi	Non Specificata	> 0,05
Siero Retinolo (E 0.7 mmol/L)	6-71 mesi	Scarsa	≥ 2 – < 10
		Moderata	≥10 – < 20
		Grave	≥ 20
<b>Carenza di iodio</b>			
Gozzo (visibile + palpabile)	Bambini in età scolare	Scarsa	5 – 19,9
		Moderata	20 – 29,9
		Grave	≥ 30
Concentrazione media di iodio nelle urine(mg/l)	Bambini in età scolare	Consumo eccessivo	> 300 <sup>1</sup>
		Consumo adeguato	100 – 199 <sup>1</sup>
		Scarsa	50 – 99 <sup>1</sup>
		Moderata	20 – 49 <sup>1</sup>
		Grave	< 20 <sup>1</sup>
<b>Carenza di ferro</b>			
Anemia (Donne non gravide, Emoglobina <12.0 g/dl; Bambini 6–59 mesi <11.0 g/dl)	Donne e bambini 6–59 mesi	Scarsa	5 – 20
		Moderata	20 – 40
		Grave	≥ 40
<b>Beriberi<sup>1</sup></b>			
Segni clinici	Intera popolazione	Scarsa	≥ 1 caso & <1%
		Moderata	1 – 4
		Grave	≥ 5

Indicatore di carenza di micronutrienti	Fascia di età consigliata per studi di prevalenza	Definizione del problema di salute pubblica	
		Gravità	Prevalenza (%)
Apporto nutrizionale (<0,33mg/1 000kcal)	Intera popolazione	Scarsa	≥ 5
		Moderata	5 – 19
		Grave	20 – 49
Mortalità infantile	Neonati 2-5 mesi	Scarsa	Nessun aumento dei tassi
		Moderata	Lieve picco nei tassi
		Grave	Picco marcato dei tassi
<b>Pellagra<sup>1</sup></b>			
Segni clinici (dermatite) nel gruppo di età intervistati	Intera popolazione di donne >15 anni	Scarsa	≥ 1 caso & <1%
		Moderata	1 – 4
		Grave	≥ 5
Assunzione di niacina equivalente a <5 mg / al giorno	Intera popolazione di donne >15 anni	Scarsa	5 – 19
		Moderata	20 – 49
		Grave	≥ 50
<b>Scorbuto<sup>1</sup></b>			
Segni clinici	Intera popolazione	Scarsa	≥ 1 caso & < 1%
		Moderata	1 – 4
		Grave	≥ 5

<sup>1</sup> Per informazioni sui test biochimici e i limiti di salute pubblica consultare letteratura più recente o chiedere una consulenza specialistica.



# Allegato 6

## Bisogni nutrizionali

I seguenti dati possono essere utilizzati a scopo di pianificazione nella fase iniziale di un disastro. I requisiti minimi nutrizionali riportati nella tabella alla pagina seguente dovrebbero essere utilizzati per valutare l'adeguatezza delle razioni generali rivolte alla popolazione. I requisiti sono calcolati sulla base di un presunto profilo demografico, di ipotesi circa la temperatura ambientale e il livello di attività delle persone. Si è inoltre tenuto conto dei bisogni supplementari delle donne in gravidanza e allattamento. I requisiti non sono destinati a valutare l'adeguatezza dei supplementari, delle razioni di assistenza terapeutica o per valutare razioni mirate a particolari gruppi di persone, come le persone che soffrono di tubercolosi o persone che vivono con l'HIV.

Ci sono due punti importanti da considerare prima di utilizzare i requisiti elencati nella pagina seguente. In primo luogo, questi requisiti minimi medi per fasce di popolazione incorporano i requisiti di tutte le età e di entrambi i sessi. Non sono pertanto specifici per ogni singola età o per ogni gruppo di sesso e non devono essere utilizzati come requisiti per un singolo individuo. In secondo luogo, i bisogni nutrizionali sono basate sul profilo della popolazione.

Nutrienti	Bisogni minimi della popolazione <sup>1</sup>
Fabbisogno	2,100 kcal
Proteine	53 g (10% dell'energia totale)
Grasso	40 g (17% dell'energia totale)
Vitamina A	550 µg RAE*
Vitamina D	6.1 µg
Vitamina E	8.0 mg alpha-TE*
Vitamina K	48.2 µg
Vitamina B1 (Tiamina)	1.1 mg
Vitamina B2 (Riboflavina)	1.1 mg
Vitamina B3 (Niacina)	13.8 mg NE
Vitamina B6 (Pyidoxine)	1.2 mg
Vitamina B12 (Cobalamina)	2.2 µg
Folato	363 µg DFE*
Pantotenato	4.6 mg
Vitamina C	41.6 mg
Ferro	32 mg
Iodio	138 µg
Zinco	12.4 mg
Rame	1.1 mg
Selenio	27.6 µg
Calcio	989 mg
Magnesio	201 mg

\*\* Alfa-TE - equivalenti di alfa-tocoferolo  
 RAE - retinolo equivalenti di attività  
 Equivalenti di folato nella dieta - DFE  
<sup>1</sup> Espressa come apporti nutrizionali di riferimento (RNI) per tutte le sostanze nutrienti eccetto energetici e rame.\*

Riferimenti: RNI from FAO/WHO (2004), *Vitamin and Mineral Requirements in Human Nutrition. Second edition*, were used for all vitamin and mineral requirement calculations except copper, as requirements for this mineral were not included in FAO/WHO (2004). Requirements for copper are taken from WHO (1996), *Trace Elements in Human Nutrition and Health*.

La seguente tabella fornisce un indicatore della struttura media della popolazione

mondiale suddivisa per età. Tuttavia, è importante notare che questo è un contesto specifico e può variare significativamente. Per esempio, in alcune comunità rurali, l'emigrazione delle generazioni medie ha provocato sproporzionatamente un alto numero di persone anziane che si occupano di bambini.

Fascia di età	% della popolazione
0–6 mesi	1,32
7–11 mesi	0,95
1–3 anni	6,58
4–6 anni	6,41
7–9 anni	6,37
10–18 anni sesso femminile	9,01
10–18 anni sesso maschile	9,52
19–50 donne	17,42
51–65 donne	4,72
19–65 uomini	27,90
65+ donne	2,62
65+ uomini	2,18
Donne incinte	2,40
Donne in allattamento	2,60

Riferimenti: United Nations (2003), *World Population Prospects: The 2002 Revision, Interpolated Population by Sex, Single Years of Age and Single Calendar Years, 1950 to 2050*.

Il fabbisogno energetico della popolazione deve essere adeguato ai seguenti fattori:

- la struttura demografica della popolazione, in particolare, la percentuale di quelli sotto i 5 anni di età e la percentuale di donne
- implica il peso effettivo degli adulti, quello abituale o desiderabile.
- I livelli di attività per mantenere la vita produttiva – i requisiti aumenteranno se i livelli di attività sono molto bassi (ovvero 1,6 x metabolismo basale)
- La temperatura ambientale media, i rifugi e la capacità di abbigliamento I requisiti aumenteranno se la temperatura media è inferiore a 20 ° C
- lo stato nutrizionale e di salute della popolazione – i requisiti aumenteranno se la popolazione è malnutrita ed ha requisiti aggiuntivi per raggiungere

la crescita. La prevalenza di HIV e AIDS può influire sul fabbisogno medio della popolazione (cfr. la sicurezza alimentare - trasferimenti Standard Alimentari 1 a pagina 180).Le razioni generali dovrebbero essere adattate per soddisfare questi bisogni in base ad un'analisi contestuale e alle attuali raccomandazioni internazionali.

Se non è possibile ottenere questo tipo di informazioni dalle valutazioni, le cifre della tabella di cui sopra devono essere utilizzate come requisiti minimi.



# Riferimenti e letture di approfondimento

## Fonti

Black et al (2008), Maternal and child undernutrition 1. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com), series, 17 January.

CARE (2008), Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual.

Castleman, T, Seumo-Fasso, E and Cogill, B (2004 rev.), Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings. FANTA (Food and Nutrition Technical Assistance) technical note no. 7. Washington DC.

Coates, J, Swindale, A and Bilinsky, P (2007), Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access. Indicator Guide. Version 3. FANTA. Washington DC.

Committee on World Food Security (2004), Voluntary guidelines to support the progressive realization of the right to adequate food in the context of national food security. Rome.

IFE Core Group (2007), Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. [www.enonline.net/ife](http://www.enonline.net/ife)

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2004), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction (includes School Feeding in Emergencies). Geneva.

International Labour Office (ILO) (1973), Minimum Age Convention No. 138. [www.ilo.org/ilolex/english/convdisp1.htm](http://www.ilo.org/ilolex/english/convdisp1.htm)

LEGS (2009), Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). Practical Action Publishing, UK. [www.livestock-emergency.net/userfiles/file/legs.pdf](http://www.livestock-emergency.net/userfiles/file/legs.pdf)

Pejic, J (2001), The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework. International Review of the Red Cross, vol. 83, no. 844, p. 1097. Geneva. [www.icrc.org](http://www.icrc.org).

SMART (Standardised Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines: SMART methodology version.

Swindale, A and Bilinsky, P (2006), Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide. Version 2. FANTA. Washington DC.

The Right to Adequate Food (Article 11: 12/05/99. E/C 12/1999/5, CESCR General Comment 12. United National Economic and Social Council (1999). [www.unhchr.ch](http://www.unhchr.ch)

UNHCR, World Food Programme (WFP), University College London and IASC Nutrition Cluster (2006), NutVal 2006 version 2.2. [www.nutval.net/2008/05/download-page.html](http://www.nutval.net/2008/05/download-page.html)

WFP (2006), Food Distribution Guidelines. Rome.

WHO (2009), Child Growth Standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children.

WHO (2007), Growth reference for school-aged children and adolescents. [www.who.int/growthref/en/](http://www.who.int/growthref/en/)

WHO (1981), The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. The full code and subsequent relevant World Health Assembly resolutions: [www.ibfan.org](http://www.ibfan.org)

## Ulteriori approfondimenti

### Assessment iniziale

IASC (2009), Multi-sectoral Initial Rapid Assessment (IRA) Tool. Global Health, Nutrition and WASH Clusters.

### Valutazione della sicurezza alimentare

CARE (2002), Household Livelihood Security Assessments: A Toolkit for Practitioners. USA.

FANTA-2 (2009), Alternative Sampling Designs for Emergency Settings: A Guide for Survey Planning, Data Collection and Analysis. Washington DC. [www.fantaproject.org/publications/asg2009.shtml](http://www.fantaproject.org/publications/asg2009.shtml)

FAO and WFP (2009), Crop and Food Security Assessment Missions (CFSAM) Guidelines. Rome.

Save the Children (2008), The Household Economy Approach: A guide for programme planners and policy-makers. London.

WFP (2009), Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSA) – second edition. Rome.

WFP (2009), Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines. Rome.

### Assessment della sicurezza dei semi

Longley, C et al (2002), Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems. *Disasters*, 26, 343–355.

Sperling, L (2008), When disaster strikes: a guide to assessing seed system security. International Center for Tropical Agriculture. Cali, Colombia.

### Assessment mezzi di sostentamento

Jaspers, S and Shoham, J (2002), A Critical Review of Approaches to Assessing and Monitoring Livelihoods in Situations of Chronic Conflict and Political Instability. ODI. London.

IASC (2009), Matrix on Agency Roles and Responsibilities for Ensuring a Coordinated, Multi-Sectoral Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Version 1.1. Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in Humanitarian Settings.

### Mercati

CARE (2008), Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid?: Market Information and Food Insecurity Response Analysis.

Mike, A (2010), Emergency Market Mapping and Analysis (EMMA) toolkit. Practical action, Oxfam GB.

### Consumo di cibo

Food and Nutrition Technical Assistance Project (2006), Household Dietary Diversity Score (HDDS).

WFP (2008), Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis. Technical Guidance Sheet. Rome.

### Metodologie partecipative

ActionAid (2004), Participatory Vulnerability Analysis. London.

CARE (2009), Climate Vulnerability and Capacity Analysis handbook.

IFRC (2007), How to do a Vulnerability and Capacity Assessment (VCA), a step-by-step guide for Red Cross and Red Crescent Staff and Volunteers. Geneva.

Tearfund (2009), Climate change and Environmental Degradation Risk and Adaptation assessment CEDRA.

### Sistemi informativi sulla nutrizione e sicurezza alimentare

Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET): [www.fews.net](http://www.fews.net)

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS): [www.fivims.net/index.jsp](http://www.fivims.net/index.jsp)

Integrated Food Security Phase Classification (2008), Technical Manual. Version 1.1.

Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture, FAO: [www.fao.org](http://www.fao.org)

Shoham, J, Watson, F and Dolan, C, The use of nutrition indicators in surveillance systems, Technical paper 2. ODI. London.

### Valutazione antropometrica

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and WFP (2005), A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality. Rome.

Collins, S, Duffield, A and Myatt, M (2000), Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations. Geneva.

UN ACC Sub Committee on Nutrition (2001), Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies. Report of an SCN working group on emergencies special meeting in SCN News, 22, pp49–51. Geneva.

Save the Children UK (2004), Emergency nutrition assessment, and guidance for field workers. London

Young, H and Jaspers, S (2006), The meaning and measurement of acute malnutrition in emergencies. A primer for decision makers. London.

### Valutazione di micronutrienti

Gorstein, J et al (2007), Indicators and methods for cross sectional surveys of vitamin and mineral status of populations.



Seal, A and Prudhon, C (2007), Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions. Geneva

### IYCF Assessment

CARE (2010), Infant and young child feeding practices. Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide. [www.enonline.net/resources](http://www.enonline.net/resources)

## Nutrizione infantile e dei bambini

IFE Core Group (2009), Protecting infants in emergencies, Information for the media. [www.enonline.net/ife](http://www.enonline.net/ife)

IFE Core Group and collaborators (2009), IFE Module 1: Orientation package on IFE. [www.enonline.net/ife](http://www.enonline.net/ife)

IFE Core Group and collaborators (2007), Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations. [www.enonline.net/ife](http://www.enonline.net/ife)

UNICEF and WHO (2003), Global Strategy for infant and young child feeding. Geneva.

UNHCR (2009), Guidance on Infant Feeding and HIV in the Context of Refugees and Displaced Populations. [www.enonline.net/ife](http://www.enonline.net/ife)

USAID, AED, FANTA, University of California DAVIS, International Food Policy Research Institute (IFPRI), UNICEF and WHO (2007), Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Washington DC.

WHO (2010), HIV and infant feeding. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. Geneva.

WHO (2004), Guiding Principles for feeding infants and young children during emergencies. Geneva.

## Interventi di sicurezza alimentare

### Generali

Barrett, C and Maxwell, D (2005), Food Aid After Fifty Years: Recasting Its Role. London.

IASC (2005), Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies, Chapters 1–4, Action Sheet 6.1 Food Security and Nutrition.

Maxwell, D et al (2008), Emergency food security interventions. ODI, Good Practice Review #10. Relief and Rehabilitation Network, ODI. London.

UNHCR, UNICEF, WFP and WHO (2002), Food and Nutrition Needs in Emergencies. Geneva.



## Targeting e distribuzione alimentare

Jaspars, S and Young, H (1995), General Food Distribution in Emergencies: from Nutritional Needs to Political Priorities. Good Practice Review 3. Relief and Rehabilitation Network, ODI. London.

UNHCR (2003), UNHCR Handbook for Registration. Geneva.

WFP (2009), School Feeding Quality Standards. Rome.

WFP (2008), Food Assistance in the context of HIV: Ration Design Guide. Rome.

WFP (2006), Targeting in Emergencies. Rome.

## Gestione della filiera e la qualità e sicurezza alimentare

CARE, Food Resource Management handbook.

Logistics Cluster (2010), Logistics Operational Guide. WFP. Rome.

United Nations Humanitarian Response Depot (2010), Catalogue and Standard Operating Procedures. [www.unhrd.org](http://www.unhrd.org)

WFP (2010), Food Quality Control: <http://foodquality.wfp.org>

WFP (2003), Food Storage Manual. Natural Resources Institute and WFP. Chatham, UK and Rome.

World Vision International, World Vision Food Resource Manual. Second edition.

World Vision International, Food Monitors Manual.

## Interventi in soldi e buoni

Action contre la faim (2007), Implementing Cash-Based Interventions. A guide for aid workers. Paris.

Adams, L (2007), Learnings from cash responses to the tsunami: Final report, HPG background paper.

Cash Learning Partnership (2010), Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies. Save the Children UK, Oxfam GB and British Red Cross, with support from ECHO. London.

Creti, P and Jaspars, S (2006), Cash Transfer Programming in Emergencies, Oxfam GB. London.

Harvey, P (2005), Cash and Vouchers in Emergencies, HPG background paper. ODI. London.

## Interventi sui semi

Catholic Relief Services (CRS) (2002), Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa. CRS, in collaboration with ODI and the International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics.

Sperling, L and Remington, T, with Haugen JM (2006), Seed Aid for Seed Security: Advice for Practitioners, Practice Briefs 1-10. International Centre for Tropical Agriculture and CRS. Rome.

## Manuali di nutrizione in emergenza generale

IASC (2008), A toolkit for addressing nutrition in emergency situations.

IASC Nutrition Cluster's Capacity Development Working Group (2006), Harmonised Training Package (HTP).

Prudhon, C (2002), Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations. Paris.

UNHCR and WFP (2009), Guidelines for Selective Feeding the Management of Malnutrition in Emergencies.

UNHCR, UNICEF, WFP and WHO (2002), Food and Nutrition Needs in Emergencies. Geneva.

WFP (2001), Food and Nutrition Handbook. Rome.

WHO (2000), The Management of Nutrition in Major Emergencies. Geneva.

## Persone vulnerabili

FANTA and WFP (2007), Food Assistance Programming in the Context of HIV.

FAO and WHO (2002), Living Well with HIV and AIDS. A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV and AIDS.

HelpAge International (2001), Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action. Nairobi. [www.helpage.org/publications](http://www.helpage.org/publications)

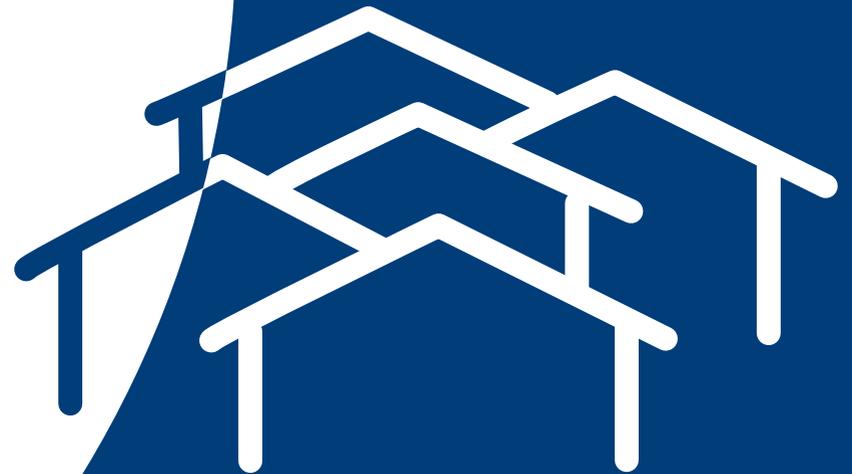
HelpAge and UNHCR (2007), Older people in disasters and humanitarian crisis.

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities.

Winstock, A (1994), The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children. Winslow Press. Bicester, UK.



# Standard minimi riguardanti rifugi, insediamenti e articoli non alimentari



# Come usare questo capitolo

**Questo capitolo è diviso in due sezioni principali:**

## Rifugi e insediamenti

### Generi non alimentari: vestiario, lenzuola e articoli domestici.

Entrambe le sezioni forniscono standard generali da utilizzare in qualsiasi scenario di risposta per le popolazioni sfollate e non, inclusi i rifugi domestici individuali temporanei o transitori sui luoghi originari, o il ritorno alle abitazioni riparate, sistemazioni temporanee presso famiglie ospitanti e/o insediamenti pianificati comuni temporanei o campi auto-organizzati, centri collettivi, di transito o ritorno.

I Principi di Protezione e gli Standard Fondamentali devono essere utilizzati coerentemente con questo capitolo.

Sebbene destinati principalmente a improntare la risposta umanitaria in relazione a un disastro, gli standard minimi possono essere osservati anche durante la preparazione alle catastrofi e la transizione verso attività di recupero e ricostruzione.

Ogni sezione contiene quanto segue:

- **Les standards minimums/Standard minimi:** sono di natura qualitativa e specificano i livelli minimi che devono essere raggiunti nella risposta umanitaria in relazione alla fornitura di rifugi temporanei/strutture rifugio.
- **Azioni chiave:** sono tutte le attività e gli input suggeriti per aiutare a raggiungere gli standard.
- **Indicatori chiave:** sono 'segnali' che indicano se uno standard è stato raggiunto. Forniscono un modo per misurare e comunicare i processi e i risultati delle azioni fondamentali; fanno riferimento allo standard minimo, non all'azione principale.
- **Note di orientamento:** includono punti specifici che devono essere considerati quando si applicano gli standard minimi, le azioni e gli indicatori chiave nelle differenti situazioni. Sono un'utile guida per affrontare difficoltà pratiche, punti di riferimento o suggerimenti su questioni prioritarie. Possono inoltre trattare questioni critiche relative agli standard, alle azioni o agli indicatori, e descrivere dilemmi, controversie o lacune nelle conoscenze attuali.

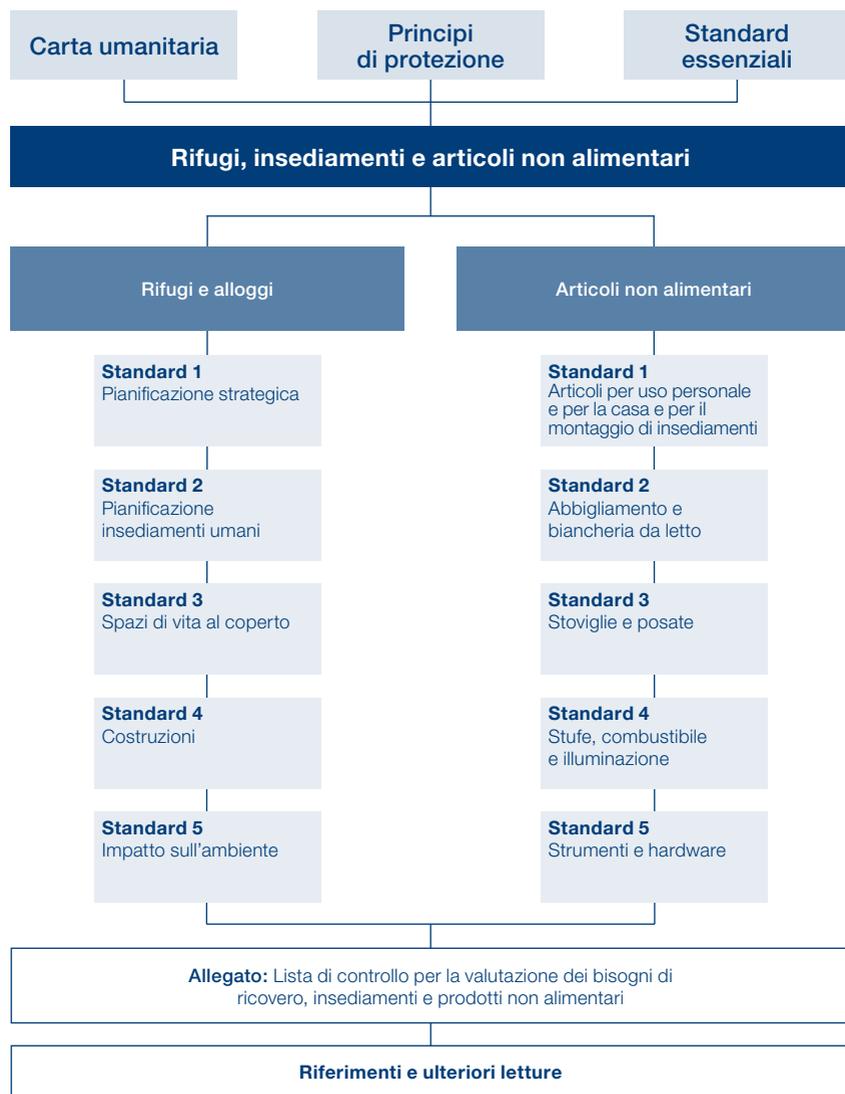
Se gli indicatori e le azioni chiave richiesti non possono essere soddisfatti, si dovrebbero valutare le conseguenze avverse per la popolazione colpita e adottare le opportune azioni di mitigazione.

È prevista una lista di controllo dei bisogni per l'applicazione degli standard minimi sia nella definizione sia nelle attività di risposta, ed è inclusa una lista di riferimenti e ulteriori letture, tra cui una selezione di guide pratiche del genere 'Come fare per'.

# Tavola dei contenuti

Introduzione .....	279
1. Rifugi e insediamenti .....	287
2. Generi non alimentari: vestiario, lenzuola e articoli domestici .....	309
Allegato 1: Lista di controllo per la valutazione dei rifugi temporanei, insediamenti e generi non alimentari .....	320
Riferimenti e ulteriori letture .....	326





# Introduzione

## Collegamenti alla Carta umanitaria e al Diritto Internazionale

Gli standard minimi per i rifugi temporanei, gli insediamenti e i generi non alimentari sono un'espressione pratica dei principi e degli impegni condivisi dalle organizzazioni umanitarie e dei principi, diritti e doveri comuni che governano l'azione umanitaria e che sono elencati nella Carta Umanitaria. Fondati sul principio di umanità e riflessi nel diritto internazionale, tali principi includono il diritto ad una vita dignitosa, il diritto alla protezione e alla sicurezza e il diritto a ricevere assistenza umanitaria in base alle necessità. Un elenco di documenti chiave relativi alle disposizioni legali e alle politiche che ispirano la Carta Umanitaria è disponibile per la consultazione nell'Allegato 1 (si veda pagina 356), con commenti esplicativi per gli operatori umanitari. Nell'azione umanitaria, i rifugi, gli insediamenti e i generi non alimentari associati sono termini familiari che rientrano nel campo di applicazione del diritto a un alloggio adeguato, come previsto dal diritto internazionale e dai diritti umani.

Ogni individuo ha diritto a un alloggio adeguato. Tale diritto è riconosciuto dalle disposizioni del diritto internazionale (vedere Riferimenti e ulteriori letture: strumenti giuridici internazionali) e include il diritto di vivere in sicurezza, pace e dignità, con il diritto di proprietà, di protezione dallo sfratto forzato e il diritto alla restituzione.

Tali strumenti definiscono un alloggio adeguato garantendo:

- ▶ Spazio sufficiente e protezione da freddo, umidità, caldo, pioggia, vento o altre minacce per la salute, compresi i pericoli strutturali e i vettori di malattie
- ▶ La disponibilità di servizi, strutture, materiali e infrastrutture.
- ▶ Affidabilità, abitabilità, accessibilità, posizione e adeguatezza culturale
- ▶ Accesso sostenibile alle risorse naturali e comuni; acqua potabile; energia per cucinare; riscaldamento e illuminazione; servizi igienico-sanitari e impianti di lavaggio; mezzi di conservazione degli alimenti; smaltimento dei rifiuti; sistemi di drenaggio; servizi di emergenza.



- ▮ L'ubicazione appropriata degli insediamenti e delle abitazioni per garantire un accesso sicuro ai servizi sanitari, scuole, asili nido e altre strutture sociali e di opportunità di sostentamento.
- ▮ Che i materiali di costruzione e le politiche relative alla costruzione degli alloggi consentano un'adeguata espressione dell'identità culturale e della diversità delle abitazioni.

Gli standard minimi nel presente capitolo non sono una piena espressione del diritto a un alloggio adeguato, come definito dagli strumenti giuridici internazionali. Piuttosto, gli standard minimi rispecchiano il contenuto fondamentale del diritto a un alloggio adeguato e contribuiscono alla loro realizzazione progressiva.

## L'importanza dei rifugi temporanei, degli insediamenti e dei generi non alimentari nei disastri

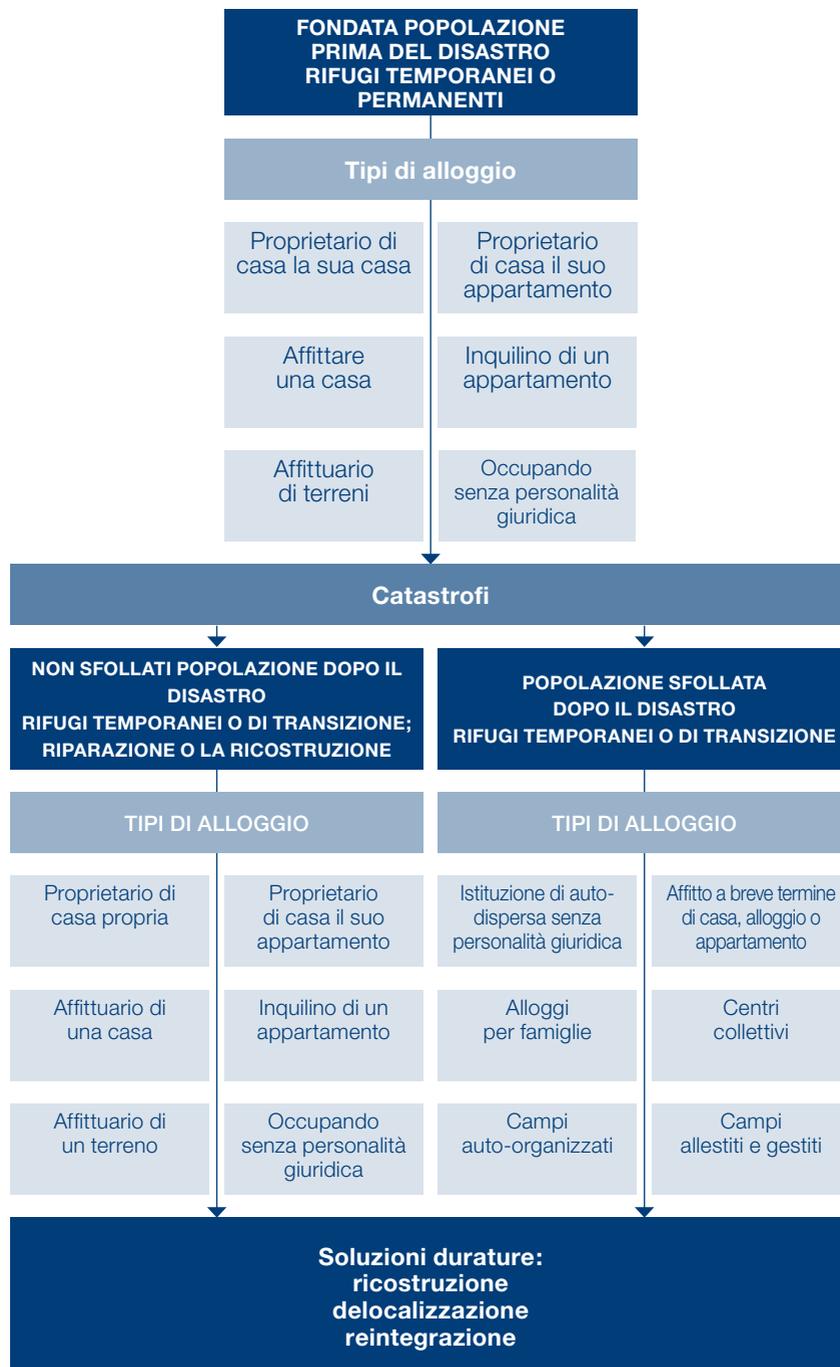
Il rifugio temporaneo è un fattore determinante per la sopravvivenza nelle fasi iniziali di un disastro. Al di là della sopravvivenza, tale rifugio è necessario a garantire la sicurezza comunitaria e personale, la protezione dal clima e l'aumento delle capacità di recupero di problemi di salute e malattie. È anche importante per la dignità umana, per sostenere la vita familiare e comunitaria e per consentire alle popolazioni colpite il recupero in seguito al disastro. Le operazioni per i rifugi temporanei, per gli insediamenti e per i generi non alimentari collegati, dovrebbero sostenere le strategie di resistenza esistenti e promuovere l'auto-sufficienza e l'autogestione delle persone colpite dal disastro. Competenze e risorse locali devono essere massimizzate, purché ciò non comporti effetti negativi sulla popolazione colpita o sull'economia locale. Qualsiasi risposta deve tener conto dei rischi di disastro conosciuti e minimizzare l'impatto negativo a lungo termine sull'ambiente naturale, massimizzando invece le opportunità per la popolazione interessata a mantenere o definire le attività di sostentamento.

La possibilità di vivere a temperature confortevoli, la protezione dagli effetti del clima, la sicurezza personale e la dignità si raggiungono attraverso una combinazione di bisogni individuali, dello spazio coperto in cui i soggetti vivono e della posizione in cui tale spazio è situato. Allo stesso modo, soddisfare tali bisogni richiede una combinazione appropriata dei mezzi per preparare, cucinare e assumere alimenti; abbigliamento e biancheria da letto, un'area coperta adeguata o un rifugio; un mezzo di riscaldamento e di ventilazione opportuno; e l'accesso ai servizi essenziali. I rifugi temporanei, gli insediamenti e i generi non alimentari sono bisogni delle popolazioni colpite da un disastro e sono determinati dal tipo e dalla portata del disastro e dalla misura in cui la popolazione è sfollata. La risposta sarà caratterizzata dalla capacità e dalla volontà delle popolazioni sfollate di ritornare nel luogo

della loro dimora originaria e di avviare il processo di recupero: quando non sono in grado o non vogliono tornarvi, essi richiedono un riparo temporaneo o transitorio, e soluzioni di insediamento (si veda lo schema). Il contesto locale del disastro impronerà le modalità operative, indicando se l'area interessata è rurale o urbana, le condizioni locali climatiche e ambientali, la situazione politica e di sicurezza, e la capacità della popolazione colpita di contribuire a soddisfare i propri bisogni di un riparo.



## Opzioni di rifugi e insediamenti, e scenari di risposta



In condizioni climatiche estreme, in cui ripararsi è fondamentale per la sopravvivenza o, in seguito a sfollamenti, se la popolazione colpita non è in grado di costruire un riparo adeguato, saranno necessarie soluzioni che forniscano rifugi rapidamente, come tende o simili, o alloggi temporanei approntati in edifici pubblici già esistenti. Le popolazioni sfollate possono stabilirsi presso famiglie ospitanti sia come singole famiglie, sia come gruppi di famiglie all'interno di insediamenti esistenti o alloggiando temporaneamente in campi organizzati e gestiti o in centri collettivi. Le popolazioni colpite dovrebbero essere sostenute, se possibile, nel riparare o adattare le abitazioni esistenti o nel costruire nuove strutture. L'assistenza può includere la fornitura di materiali da costruzione adatti, utensili e guarnizioni, trasferimenti di denaro o voucher, assistenza tecnica e formazione, o una combinazione di tali elementi. Il supporto o l'assistenza tecnica dovrebbe essere fornita alle popolazioni colpite che non hanno la capacità o le competenze per intraprendere attività edilizie. Devono essere considerati anche i diritti e i bisogni di coloro che sono indirettamente colpiti dal disastro, come le popolazioni vicine che ospitano le popolazioni sfollate. Se edifici pubblici, per esempio le scuole, sono adibiti ad alloggi temporanei comuni, si deve effettuare un trasferimento sicuro, pianificato e gestito della popolazione protetta il più presto possibile per consentire poi lo svolgersi delle normali attività.

Ogni intervento deve considerare le misure adottate dalla popolazione colpita per fornire rifugi temporanei o permanenti utilizzando le proprie capacità e risorse. Le azioni di risposta per la dotazione di rifugi dovrebbero consentire alle popolazioni colpite di migliorare o di effettuare la transizione dall'emergenza a soluzioni abitative durature. Si potrebbe necessitare anche di riparazioni di edifici pubblici danneggiati o di strutture temporanee da adibire a scuole, centri sanitari e altre strutture comunali. I rifugi per i mezzi di sostentamento, come il bestiame, possono rivelarsi importanti per offrire un riparo alle famiglie di alcune popolazioni colpite. Le azioni di risposta devono considerare i rischi esistenti riguardo rifugi e insediamenti e le vulnerabilità relative alla posizione, alla pianificazione, progettazione e costruzione, compresi i rischi aggravati dal disastro o dall'effetto del cambiamento climatico. La considerazione dell'impatto ambientale riguardo alle soluzioni per gli insediamenti e alla costruzione di rifugi è fondamentale anche per ridurre al minimo l'effetto a lungo termine di un disastro.

Le migliori risposte umanitarie per i rifugi, gli insediamenti, e i generi non alimentari sono ottenute attraverso una buona preparazione. Tale preparazione è frutto delle capacità, delle report e delle conoscenze sviluppate dai governi, dalle agenzie umanitarie, dalle organizzazioni locali della società civile, dalle comunità e dagli individui per anticipare e rispondere efficacemente all'impatto di pericoli possibili, imminenti o correnti. La preparazione tiene conto di una analisi dei rischi e dell'utilizzo di sistemi di allerta precoce.



## Collegamenti agli altri capitoli

Molti degli standard presentati nei vari capitoli sono connessi con il presente. L'avanzamento verso il raggiungimento degli standard in un settore influenza e a volte persino determina l'avanzamento in altri. Per ottenere una risposta efficace sono richiesti coordinamento e collaborazione rigorosi con gli altri settori. Per esempio, sono necessari servizi igienico-sanitari e un approvvigionamento nelle zone in cui sono forniti rifugi temporanei, per garantire la salute e la dignità della popolazione colpita. Allo stesso modo, la fornitura di rifugi adeguati contribuisce alla salute e al benessere delle popolazioni sfollate, mentre gli strumenti e gli utensili per cucinare e nutrirsi e il combustibile per cuocere gli alimenti, consentono l'assistenza alimentare e soddisfano i bisogni nutrizionali. È necessario il coordinamento con le autorità locali e con le altre agenzie e con le organizzazioni attive sul campo per assicurarsi che i bisogni siano soddisfatti, che gli sforzi non siano duplicati e che la qualità degli interventi per i rifugi, gli insediamenti e per i generi non alimentari siano ottimizzati.

## Collegamenti ai Principi di Protezione e agli Standard Fondamentali

Al fine di soddisfare gli standard di questo Manuale, tutte le organizzazioni umanitarie dovrebbero essere guidate dai Principi di Protezione, anche qualora non abbiano un chiaro mandato in merito alla protezione o una capacità specializzata in tal senso. I Principi non sono 'assoluti': si riconosce che le circostanze potrebbero limitare la misura in cui le organizzazioni sono in grado di soddisfarli. Tuttavia, i principi riflettono gli interessi umanitari universali che dovrebbero indirizzare l'azione in ogni momento.

Il processo mediante il quale un intervento si sviluppa e si mette in atto è fondamentale per la sua efficacia. I sei Standard Fondamentali sono standard essenziali relativi al processo e al personale e includono partecipazione, valutazione iniziale, risposta, individuazione degli obiettivi, monitoraggio, valutazione, performance degli operatori umanitari, supervisione e supporto per il personale. Essi forniscono un unico punto di riferimento per gli approcci che supportano tutti gli altri standard contenuti nel Manuale. Ogni capitolo tecnico, quindi, richiede l'utilizzo complementare degli Standard Fondamentali per riuscire a raggiungere i propri. In particolare, per garantire l'appropriatezza e la qualità di qualsiasi risposta, la partecipazione delle popolazioni colpite dai disastri, inclusi i gruppi e gli individui più frequentemente a rischio nei disastri, dovrebbe essere massimizzata.

## Vulnerabilità e capacità delle popolazioni colpite dai disastri

Questa sezione è stata pensata per essere letta congiuntamente, e per rafforzare, gli Standard Fondamentali. È importante comprendere che essere giovane o anziano, donna o individuo affetto da disabilità o da HIV non rende, di per sé, un individuo più vulnerabile o maggiormente a rischio. Piuttosto, è la mutua interazione dei fattori ad agire in tal senso: per esempio, un individuo di età superiore ai 70 anni, che vive da solo e in cattive condizioni di salute, è probabilmente più vulnerabile di un individuo con la stessa età e nelle stesse condizioni di salute che vive in una famiglia estesa e che percepisce un reddito adeguato. Analogamente, una bambina di tre anni non protetta è molto più vulnerabile rispetto a una bambina sotto la tutela di genitori responsabili.

Mentre si applicano gli standard e le azioni chiave per i rifugi, gli insediamenti e per i generi di prima necessità, un'analisi delle vulnerabilità e delle capacità contribuisce ad assicurare che lo sforzo di reazione ai disastri supporti chi ha diritto all'assistenza e chi ne ha maggiormente bisogno, in maniera non discriminatoria. Ciò richiede una conoscenza approfondita del contesto locale e di come un particolare impatto della crisi incida su determinati gruppi di persone in modi diversi, a causa delle loro vulnerabilità preesistenti (per esempio, essere molto poveri o discriminati), dalla loro esposizione alle minacce per la sicurezza (per esempio, violenza di genere, incluso lo sfruttamento sessuale), dall'incidenza o dalla prevalenza di malattie (per esempio HIV o tubercolosi) e dalla possibilità di epidemie (per esempio morbillo o colera). I disastri possono acuire le ineguaglianze preesistenti. Tuttavia, è essenziale sostenere le strategie di sopravvivenza delle persone, la loro resilienza le loro capacità di recupero. Devono essere sostenute le loro conoscenze, capacità e strategie e deve essere promosso il loro accesso al supporto sociale, legale, finanziario e psicosociale. Inoltre, devono essere affrontate le varie barriere fisiche, culturali ed economiche che le persone potrebbero fronteggiare nell'accedere a questi servizi in maniera equa.

I seguenti punti evidenziano alcune delle aree fondamentali, le quali assicureranno che i diritti e le capacità di tutte le persone vulnerabili siano tenuti in considerazione:

- ▶ Ottimizzare la partecipazione della gente, in modo che siano inclusi tutti i gruppi rappresentativi, specialmente quelli meno visibili (per esempio gli individui che hanno difficoltà di comunicazione o di mobilità, coloro che vivono in istituti, giovani condannati e altri gruppi poco rappresentati o non rappresentati affatto).



- ▶ Dividere i dati per sesso e per età (0 – 80+ anni) durante la valutazione. Questo elemento è importante al fine di garantire che il settore WASH consideri in maniera adeguata la diversità delle popolazioni.
- ▶ Garantire che il diritto all'informazione sui diritti sia comunicato e accessibile a tutti membri della comunità.

## Gli standard minimi

# 1. Rifugi e insediamenti

Le popolazioni colpite dal disastro non sfollate devono essere assistite sul sito originario delle loro abitazioni con ripari temporanei o di transizione, o con le risorse per riparare o costruire rifugi appropriati. Ogni singolo rifugio domestico per queste popolazioni può essere temporaneo o permanente, soggetto a fattori tra cui il grado di assistenza fornita, i diritti di utilizzo del suolo e di proprietà, la disponibilità di servizi essenziali e le opportunità per il rinnovamento e l'ampliamento. Le popolazioni sfollate che non sono in grado di tornare alle loro case, spesso preferiscono stare con gli altri membri della famiglia o con persone con cui condividono legami storici, religiosi o di altro tipo, e dovrebbero essere assistiti in questo senso. Se tale insediamento sparso non è possibile, ne dovrebbe essere fornito uno collettivo temporaneo in campi progettati o auto-sufficienti, insieme a rifugi domestici temporanei o di transizione, o in grandi edifici pubblici idonei adibiti a centri collettivi.

### Rifugi e insediamenti Standard 1: Pianificazione Strategica

Le strategie per il rifugio e l'insediamento contribuiscono alla sicurezza, alla salute e al benessere delle popolazioni colpite, sfollate e non sfollate, e promuovono, se possibile, il recupero e la ricostruzione.

### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Valutare e analizzare i bisogni in relazione ai rifugi e agli insediamenti della popolazione colpita consultando le autorità competenti e la popolazione stessa (vedere la nota di orientamento 1).
- ▶ Sviluppare un piano di risposta per il rifugio e l'insediamento (compreso l'early recovery, se possibile) insieme alle autorità competenti, le organizzazioni coinvolte nella risposta e la popolazione colpita (vedere la nota di orientamento 1).
- ▶ Dare priorità e sostenere il ritorno delle famiglie colpite alle loro abitazioni originarie o al loro luogo abitativo, se possibile (vedere la nota di orientamento 2).



- ▶ Assistere coloro che non sono in grado o non vogliono tornare alle loro abitazioni originarie affinché siano ospitati da altre famiglie o all'interno di insediamenti collettivi temporanei (vedere le note di orientamento 3-4).
- ▶ Assicurare, in base alle necessità, l'accesso ai generi di prima necessità, alle soluzioni di rifugio (come tende o kit di riparo), ai materiali da costruzione, a denaro contante, ad assistenza tecnica o informazioni o a una combinazione di questi (vedere le note di orientamento 5-6).
- ▶ Garantire che le abitazioni o gli insediamenti si trovino a una distanza di sicurezza da tutte le minacce reali o potenziali e assicurarsi che i rischi di pericoli esistenti siano ridotti al minimo (vedere la nota di orientamento 7).
- ▶ Assicurarsi che le macerie derivanti dal disastro siano rimosse da posizioni importanti, tra cui i siti delle case danneggiate o distrutte, gli insediamenti collettivi temporanei, gli edifici pubblici essenziali e le vie di accesso (vedere la nota di orientamento 8).
- ▶ Pianificare l'accesso sicuro all'acqua e ai servizi igienici, alle strutture sanitarie, alle scuole e ai luoghi di svago e di culto, alla terra, ai mercati o ai servizi utilizzati per il mantenimento o lo sviluppo di attività di supporto al sostentamento (vedere le note di orientamento 9-10).

### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Le soluzioni in materia di rifugi e insediamenti che soddisfano i bisogni essenziali di tutta la popolazione sono da concordare insieme alla popolazione stessa, alle autorità competenti, e a tutte le organizzazioni coinvolte nella risposta (vedere la nota di orientamento 1).
- ▶ Tutte le soluzioni sopra descritte sono sicure e adeguate e rimarranno tali fino al raggiungimento di soluzioni più durature (vedere le note di orientamento 2-10).

### Note di orientamento

1. **Valutazione, consultazione e coordinamento:** è essenziale una valutazione delle necessità iniziali per individuare i bisogni di rifugio e insediamento della popolazione colpita, i rischi post-disastro, le vulnerabilità e le capacità, le opportunità per affrontare il recupero fin dall'inizio e la necessità di una valutazione più dettagliata anche sull'impatto ambientale. La popolazione colpita dal disastro (soprattutto le persone vulnerabili con bisogni specifici) dovrebbe essere coinvolta in ogni valutazione insieme alle autorità competenti. I piani di emergenza esistenti devono essere utilizzati per improntare le attività di risposta, in collaborazione con le autorità competenti, le agenzie umanitarie e le altre agenzie e la popolazione colpita utilizzando meccanismi di coordinamento concordati. La disponibilità di risorse, il contesto locale

(comprese le caratteristiche climatiche stagionali), la sicurezza e l'accesso ai luoghi e ai terreni esistenti o nuovi, impronerà la pianificazione della risposta (vedere gli Standard Fondamentali 1-5 alle pagine 55-68, Generi di prima necessità Standard 1-5 alle pagine 269-276 e Appendice 1: Lista di valutazione per rifugi, insediamenti e generi non alimentari).

2. **Ritorno:** l'opportunità di tornare alla propria terra e abitazione è un obiettivo importante per la maggior parte delle popolazioni colpite da disastri. La riparazione di abitazioni o il potenziamento di soluzioni di rifugio determinate dalla popolazione stessa tramite il supporto di strategie collettive di reazione, mantiene i modelli di insediamento stabiliti e consente l'utilizzo delle infrastrutture esistenti (vedere Standard Fondamentale 1 a pagina 55). Il ritorno può essere ritardato o anticipato e quindi richiede un periodo di insediamento temporaneo altrove. I fattori che influenzano il ritorno includono la situazione continua di disastro (per esempio, le inondazioni, frane o scosse sismiche) e problemi di sicurezza (per esempio, occupazione di beni o terreni e la necessità della loro restituzione), conflitti violenti e continuativi, tensioni etniche o religiose, il timore di persecuzione, di mine o ordigni inesplosi. Anche la ricostruzione delle scuole è importante per consentire alle popolazioni sfollate di tornare. Il rientro di famiglie guidate da donne, rimaste vedove o orfane a causa del disastro o di persone con disabilità, potrebbe essere ostacolato da una legislazione discriminatoria o inadeguata per quanto riguarda la suddivisione territoriale e le procedure di controllo. Le popolazioni sfollate che non hanno capacità di intraprendere le attività di ricostruzione possono anche essere scoraggiate o impossibilitate a tornare.
3. **Ospiti di famiglie e comunità:** le popolazioni sfollate che sono in grado di tornare alle loro case di provenienza spesso preferiscono stare con gli altri membri della famiglia o persone con cui condividono legami storici, religiosi o di altro tipo (vedere Standard Fondamentale 1 a pagina 55). L'assistenza per tale ospitalità può includere il supporto per ampliare o adattare i rifugi o le strutture delle famiglie ospitanti per accogliere la famiglia sfollata, o la fornitura di un ulteriore rifugio separato adiacente alla famiglia ospitante. Deve essere considerato il conseguente aumento della densità di popolazione e deve essere valutata e ponderata la domanda di servizi sociali, di creazione di infrastrutture e di risorse naturali.
4. **Insedimento collettivo temporaneo:** Anche se non devono diventare una risposta predefinita, i campi temporanei progettati possono essere utilizzati per ospitare le popolazioni colpite che non vogliono o non sono in grado di tornare nel luogo della loro dimora originale e per i quali non è possibile farsi ospitare da altre famiglie. Tali soluzioni di insediamento possono essere richieste in aree in cui le minacce alla sicurezza aumentano i rischi per le popolazioni isolate o dove l'accesso ai servizi essenziali e a risorse



come acqua, alimenti e materiali da costruzione di provenienza locale è limitato. Edifici esistenti adibiti a centri collettivi possono fornire rapidamente una protezione temporanea dai fattori climatici. Edifici adibiti a tali scopi potrebbero richiedere un adeguamento o una ristrutturazione, per esempio la creazione di suddivisioni interne e rampe per le persone con difficoltà motorie. In molti paesi, l'utilizzo di edifici predeterminati per i centri collettivi è una risposta consolidata in molti disastri e richiede una gestione associata e le responsabilità della fornitura di servizi. Anche se gli edifici scolastici sono spesso utilizzati per ospitare le popolazioni colpite da disastri, dovrebbero essere identificate strutture alternative per consentire alle attività scolastiche di proseguire. La pianificazione degli insediamenti collettivi temporanei dovrebbe considerare le implicazioni sulla sicurezza personale, la privacy, la dignità degli occupanti e l'accesso ai servizi essenziali. È necessario garantire che gli insediamenti collettivi temporanei non diventino essi stessi obiettivi per attacchi rappresentando un rischio per la sicurezza per la popolazione circostante o provocando carichi insostenibili per l'ambiente naturale circostante.

5. **Tipi di assistenza per il rifugio:** possono essere necessarie combinazioni di diversi tipi di assistenza per soddisfare i bisogni di rifugio delle popolazioni colpite. L'assistenza di base può includere oggetti personali, come il vestiario e lenzuola e/o coperte, articoli generici per la casa, come stufe e combustibile. Elementi di supporto per i rifugi possono includere tende, teli di plastica e un set di attrezzi, materiali da costruzione e rifugi temporanei o di transizione, con materiali che possono essere riutilizzati come parte di rifugi permanenti. Può anche essere richiesto lavoro manuale o lavoro specializzato, sia volontario sia a contratto, e una guida per tecniche di costruzione adeguate. Si deve considerare l'impiego di contanti o di voucher conforme al funzionamento dell'economia locale per promuovere l'utilizzo delle catene di approvvigionamento locali e delle risorse. I contanti possono essere impiegati anche per pagare gli alloggi in affitto. Informazioni o consigli diffusi attraverso campagne pubbliche o centri locali su come accedere ad assegnazioni, a materiali o altre forme di sostegno possono integrare l'assistenza basata sulle materie prime.
6. **Rifugio di transizione:** Un approccio piuttosto che una fase della risposta, la fornitura di un rifugio di transizione riguarda il fatto che i rifugi post-disastro sono spesso costruiti dalle stesse popolazioni colpite; questa autogestione dovrebbe essere sostenuta (vedere Standard Fondamentale 1 a pagina 55). Soluzioni di rifugio post-disastro che possono essere riutilizzate interamente o parzialmente per strutture permanenti, o trasferite da posizioni temporanee a permanenti, possono promuovere il passaggio delle popolazioni colpite a rifugi più durevoli. Per le popolazioni non sfollate sul sito delle loro case originarie, il rifugio di transizione è in grado di fornire una prima casa di base,

da incrementare, integrare o sostituire poi secondo le risorse disponibili. Per le popolazioni sfollate, il rifugio di transizione è in grado di fornire un riparo adeguato che può essere smontato e riutilizzato quando le popolazioni colpite sono in grado di tornare ai luoghi delle loro case originarie o sono reinsediate in nuovi ambienti. Il rifugio di transizione può anche essere fornito alle popolazioni colpite e ospitate da altre famiglie che possono accogliere la costruzione di un rifugio adiacente o contiguo. Tali strutture possono essere rimosse e riutilizzate quando le popolazioni colpite sono in grado di tornare ai loro luoghi d'origine o altrove.

7. **Valutazione del rischio, della vulnerabilità e del pericolo:** intraprendere e revisionare regolarmente una valutazione completa del rischio e della vulnerabilità (vedere Standard Fondamentale 3 a pagina 61). Minacce reali o potenziali alla sicurezza, rischi e vulnerabilità specifiche legate all'età, al sesso, alla disabilità, allo status economico o sociale, alla dipendenza della popolazione colpita dalle risorse naturali e ambientali da una parte, e la relazione tra le popolazioni colpite e le comunità ospitanti dall'altra, dovrebbero essere incluse in tali valutazioni (vedere il Principio di Protezione 3 a pagina 38). Nella pianificazione delle soluzioni di rifugio e insediamento dovrebbero essere tenuti presenti i rischi derivanti da catastrofi naturali come terremoti, attività vulcaniche, frane, alluvioni o venti forti. Il luogo dell'insediamento non deve essere esposto a malattie o contaminazioni o contenere rischi significativi legati ai vettori di tali minacce. Materiali o beni potenzialmente pericolosi possono essere depositati o essere dissotterrati in seguito a disastri naturali come terremoti, alluvioni e tifoni. Si possono trovare mine e ordigni inesplosi a causa di conflitti precedenti o attuali. La stabilità delle strutture edilizie in regioni abitate colpite dal disastro deve essere valutata da tecnici specializzati. Per i centri collettivi deve essere valutata la capacità delle strutture edilizie esistenti di ospitare carichi aggiuntivi e il rischio addizionale del possibile cedimento di parti dell'edificio come pavimenti, muri divisorii, tetti e così via.
8. **Rimozione dei detriti:** la rimozione di detriti in seguito a un disastro naturale o a un conflitto è fondamentale per la creazione di rifugi e insediamenti adeguati. La pianificazione del processo di gestione dei detriti deve essere iniziata immediatamente in seguito al disastro per assicurare che i detriti possano essere riciclati o selezionati per la separazione, raccolta e/o trattamento (vedere Rifugi e insediamenti standard 5 a pagina 265). I problemi principali includono la presenza di cadaveri che richiedono identificazione e appropriato trattamento, la raccolta di oggetti personali, la presenza di luoghi strutturalmente a rischio e di materiali pericolosi e la proprietà di materiali conservabili per il riutilizzo o per la vendita. La rimozione dei detriti può offrire opportunità per programmi di remunerazione per cash for work e/o richiedere l'impiego di equipaggiamento pesante e di capacità adatte. Dovrebbe inoltre



essere considerato l'utilizzo, la gestione, la proprietà e l'impatto ambientale dei siti di smaltimento.

- 9. Scuole, strutture sanitarie e infrastrutture comunitarie:** dovrebbe essere garantito l'accesso ai servizi essenziali, comprese le scuole, strutture sanitarie, strutture ricreative sicure per bambini e luoghi d'incontro per la comunità. Si dovrebbero utilizzare servizi infrastrutturali esistenti con servizi e strutture temporanei addizionali in base alle necessità. Se la riparazione o la costruzione di edifici pubblici è soggetta allo sviluppo di nuovi piani di insediamento o altri processi regolatori, possono essere richieste strutture temporanee per offrire servizi immediati e di breve termine. Tutti questi servizi che utilizzano strutture temporanee o permanenti devono rispettare gli standard minimi accordati (vedere Wash standard 1 a pagina 89, Sistema sanitario Standard 1 a pagina 296 e INEE standard minimi per l'educazione, la preparazione, la risposta e la ripresa)
- 10. Supporto ai mezzi di sostentamento:** La sistemazione delle popolazioni colpite da disastri dovrebbe condizionata dalle attività economiche precedenti il disastro e dalle opportunità nel contesto post-disastro (vedere Valutazione sulla sicurezza alimentare e sulla nutrizione Standard 1-2 a pagina 150-154 e Standard Fondamentale 1 a pagina 55). Devono essere considerate le disponibilità dei terreni e l'accesso alla coltivazione, al pascolo, alle aree di mercato e ai servizi locali per particolari attività economiche.

### Rifugi e insediamenti Standard 2: La pianificazione dell'insediamento

La pianificazione del ritorno, dell'ospitalità o di insediamenti collettivi temporanei permette l'utilizzo sicuro dell'alloggio e dei servizi essenziali per la popolazione colpita.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Identificare e utilizzare i processi di pianificazione esistenti, se possibile, basati sulle migliori pratiche concordate e riducendo al minimo i rischi e le vulnerabilità per l'insediamento (vedere la nota guida di orientamento 1).
- ▶ Identificare il possesso di abitazioni, terreni e immobili di proprietà e/o i diritti di utilizzo per gli edifici o i luoghi (vedere la nota di orientamento 2).
- ▶ Garantire l'accesso sicuro a tutti i rifugi e a i luoghi di insediamento e ai servizi essenziali (vedere le note di orientamento 3-4).

- ▶ Utilizzare i modelli di insediamento e le caratteristiche topografiche già esistenti per ridurre al minimo l'impatto negativo sull'ambiente naturale (vedere la nota di orientamento 5).
- ▶ Coinvolgere la popolazione colpita nella pianificazione degli insediamenti collettivi temporanei a livello familiare, di quartiere o di villaggio, a seconda dei casi (vedere la nota di orientamento 6).
- ▶ Assicurare una superficie sufficiente e un adeguato spazio libero per la sicurezza anti-incendio nei campi temporanei progettati e in quelli auto-organizzati (vedere le note di orientamento 7-8).
- ▶ Ridurre al minimo i rischi vettoriali (vedere la nota di orientamento 9).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Attraverso concordati processi di pianificazione si consultano tutte le persone assistite nei rifugi ed esse sono concordi sulla posizione del loro rifugio, o dell'area comunque riparata, e sull'accesso ai servizi essenziali (vedere la nota di orientamento 1).
- ▶ Tutti i piani di insediamento dimostrano che i rischi e le vulnerabilità nell'impiego dei rifugi, degli spazi coperti e dei servizi essenziali sono stati identificati e mitigati (vedere le note di orientamento 2-9).

#### Note di orientamento

1. **Processi di pianificazione:** le pratiche di pianificazione locale devono essere utilizzate e fondate sul tipo di disastro o di crisi, sui pericoli identificati e sull'impatto sulla popolazione colpita. Dovrebbero essere utilizzate misure adeguate per ridurre al minimo i rischi e le vulnerabilità dell'insediamento. Le norme vigenti per la pianificazione dovrebbero essere rispettate se richiesto dalle autorità competenti e se ciò non impedisce all'imperativo umanitario di fornire ripari immediati e soddisfare esigenze abitative. Dovrebbero essere identificate le conseguenze a lungo termine delle decisioni di pianificazione, in particolare per quanto riguarda i siti creati ai fini dell'insediamento collettivo temporaneo.
2. **Regimi di proprietà e proprietà della terra e delle abitazioni, i diritti e l'utilizzo:** Sia per le popolazioni sfollate sia per quelle non sfollate, si deve identificare quali sono le proprietà dei terreni in questione, delle abitazioni o di altri edifici e i titolari dei diritti di utilizzo formali o consuetudinari. Tali problemi sono spesso controversi, soprattutto dove non sono stati registrati i dati o dove un conflitto può aver causato problematiche sui diritti di proprietà. Abitazioni plurifamiliari o edifici con più impieghi coinvolgeranno diritti comuni o condivisi di proprietà o di occupazione. Si dovrebbe cercare di identificare



i diritti di proprietà dei terreni delle persone vulnerabili che dovrebbero essere sostenute, in particolare donne, vedove o orfani a causa del disastro, persone con disabilità, inquilini titolari dei diritti sociali occupazionali e coloro che si sono semplicemente stabiliti in un posto in modo informale. Stabilire chiaramente i diritti formali, informali o i diritti consuetudinari di proprietà o di eredità, in particolare a seguito di una catastrofe in cui il titolare dei diritti potrebbe essere deceduto o sfollato. La disposizione di regimi di proprietà di gruppo o simili per un certo numero di nuclei familiari, in cui nessun diritto formale esisteva prima del disastro, può aiutare nella creare e incrementare tali diritti. La fornitura assistenziale di un riparo può essere percepita o utilizzata per legittimare la pretesa di possedere diritti terrieri che potrebbero inibire o impedire l'azione umanitaria. L'impiego di terreni per insediamenti collettivi temporanei dovrebbe considerare i diritti terrieri già esistenti o le risorse naturali ambientali da parte delle comunità ospitanti o vicine (vedere Rifugi e insediamenti Standard 5 a pagina 265).

3. **Servizi e strutture essenziali:** le popolazioni colpite da disastri che ritornano nel luogo delle loro case originarie, ospitati o sistemati in insediamenti temporanei comuni, richiedono l'accesso sicuro ed equo ai servizi essenziali. Essi includono opportunamente, acqua, servizi sanitari, combustibile e mezzi collettivi per cucinare, assistenza sanitaria, smaltimento dei rifiuti solidi, scuole, strutture sociali, luoghi di culto, luoghi di incontro, aree ricreative, incluse alcune destinate ai bambini e lo spazio per la sistemazione del bestiame (garantendo un'adeguata separazione di tali animali dagli spazi residenziali). Deve esserci spazio sufficiente per sepolture culturalmente appropriate e i rituali associati. L'utilizzo delle strutture esistenti o di quelle rimesse in sicurezza deve essere massimizzato in modo che non influisca negativamente sulle comunità di accoglienza o quelle vicine. Si devono fornire servizi aggiuntivi o punti di accesso per soddisfare i bisogni della popolazione interessata, e in particolare delle persone più vulnerabili. La struttura sociale e i ruoli di genere della popolazione colpita e i bisogni delle persone vulnerabili dovrebbero riflettersi nella prestazione dei servizi, per esempio garantendo che tali servizi siano raggiungibili a piedi per le persone con difficoltà motorie e che vi siano negli insediamenti temporanei collettivi aree sicure per l'allattamento al seno. Si deve garantire un adeguato accesso ai servizi alle persone anziane, ai persone con disabilità e a coloro che hanno necessità di accedervi frequentemente. Gli insediamenti collettivi temporanei devono contenere, come richiesto, uffici amministrativi, magazzini, alloggi del personale e aree di quarantena (si vedano Wash standard 1 a pagina 89 e Sistemi sanitari Standard 1 a pagina 296).
4. **Accesso:** devono essere valutati l'accesso agli insediamenti, la condizione delle infrastrutture stradali locali e la prossimità dei nodi di trasporto per la fornitura di assistenza di soccorso, tenendo conto dei vincoli di stagione, dei

pericoli e dei rischi per la sicurezza. Per gli insediamenti collettivi temporanei, il sito stesso e qualsiasi deposito principale e punto di distribuzione del cibo, dovrebbero essere accessibili in tutte le stagioni ai mezzi pesanti provenienti dalla strada. Gli altri servizi devono essere accessibili ai veicoli leggeri. Strade e sentieri all'interno degli insediamenti devono fornire un accesso sicuro per tutte le stagioni per le singole abitazioni e le strutture collettive, comprese le scuole e le strutture sanitarie. Si deve fornire l'illuminazione artificiale, come richiesto. All'interno degli insediamenti collettivi temporanei o nei centri collettivi, l'accesso e le vie di fuga devono evitare di creare aree isolate o chiuse che potrebbero costituire una minaccia per la sicurezza. Si devono evitare gradini o dislivelli nei pressi delle uscite dei centri collettivi, devono essere forniti corrimano per eventuali scale e rampe. Per le persone con difficoltà motorie si dovrebbe trovare uno spazio al piano terra, nei pressi delle uscite o lungo le vie di accesso, senza cambiamenti di livello. Gli occupanti degli edifici adibiti a centri di accoglienza dovrebbero stare entro una distanza ragionevole concordata con minimo due uscite, fornendo vie di fuga alternative chiaramente visibili.

5. **Scelta del sito e drenaggio:** nella scelta dei siti e nella pianificazione di insediamenti collettivi temporanei si devono valutare il drenaggio delle acque di superficie e i rischi di ristagni o inondazioni. La pendenza del sito non deve superare il 5 per cento, a meno che siano prese misure di controllo dell'erosione e di un ampio drenaggio, e non deve essere inferiore all'1 per cento per assicurare un drenaggio adeguato. I canali di drenaggio possono essere comunque necessari per minimizzare allagamenti o ristagni. Il punto più basso del sito non deve essere inferiore a tre metri sopra il livello massimo stimato della falda freatica. Le condizioni del terreno devono essere adatte per lo scavo di pozzi e devono influenzare le posizioni di servizi igienici e di altre strutture (vedere Smaltimento degli escrementi Standard 1-2 alle pagine 105-107 e Drenaggio Standard 1 a pagina 121).
6. **Pianificazione del sito per gli insediamenti comuni temporanei:** l'assegnazione dello spazio all'interno di centri collettivi e dei terreni per la casa all'interno di accampamenti temporanei progettati, deve considerare le pratiche sociali esistenti e l'utilizzo delle risorse condivise, tra cui acqua e servizi igienici, cucina comune, distribuzione alimentare, e così via. La pianificazione del vicinato dovrebbe sostenere le reti sociali esistenti, contribuire alla sicurezza e abilitare l'autogestione da parte della popolazione colpita. La disposizione dei terreni nei campi temporanei progettati deve mantenere la privacy e la dignità delle famiglie, garantendo che ogni rifugio domestico si apra su uno spazio comune o su un'area protetta per la vita del nucleo familiare invece di trovarsi di fronte all'ingresso di un altro rifugio. Dovrebbero essere fornite aree integrate di sicurezza per le popolazioni sfollate che contano un numero consistente di singoli adulti o di bambini non



accompagnati. Per gli insediamenti sparsi, si dovrebbero applicare anche i principi della pianificazione di quartiere, per esempio, gruppi di famiglie che ritornano a una determinata area geografica o famiglie ospitanti in stretta vicinanza tra loro (vedere Principio di protezione 1 a pagina 33).

7. Superficie dei campi temporanei pianificati o di quelli auto-gestiti: Per gli insediamenti nei campi, è opportuno prevedere una superficie utile minima di 45 metri quadrati per ogni persona compresi appezzamenti per la casa. La zona deve avere lo spazio necessario per strade e sentieri, aree da cucina per utilizzo domestico, esterne o zone di cottura comunali, strutture scolastiche e aree ricreative, servizi igienico-sanitari, viali tagliafuoco, amministrazione, deposito di acqua, aree di distribuzione, mercati e aree di magazzino, orti limitati per le singole famiglie. Se i servizi collettivi possono essere forniti da strutture esistenti o aggiuntive al di fuori dell' area pianificata per l' insediamento, l'area minima di superficie utile deve essere 30 metri quadrati a persona. La pianificazione del territorio dovrebbe considerare anche i cambiamenti nella popolazione. Se non si può fornire la superficie minima, dovrebbero essere mitigate le conseguenze di una occupazione a più alta densità, per esempio garantendo un'adeguata separazione e privacy tra le singole famiglie, lo spazio per i servizi necessari, e così via.
8. Sicurezza antincendio: Valutare i rischi di incendio nella pianificazione del sito degli insediamenti collettivi temporanei e nel raggruppamento dei singoli rifugi domestici. Le azioni di mitigazione dovrebbero includere un viale tagliafuoco di 30 metri ogni 300 metri di area costruita, e un minimo di 2 metri (preferibilmente due volte l'altezza media di ogni struttura) tra i singoli edifici o rifugi, per evitare che le strutture crollino urtando edifici adiacenti. Le pratiche di cottura più utilizzate e l'utilizzo di stufe o fornelli dovrebbero inoltre influenzare la pianificazione complessiva del sito e la separazione sicura dei rifugi domestici (vedere Generi di prima necessità Standard 4 a pag.274).
9. Rischi vettoriali: zone basse, detriti derivanti dal disastro, edifici vuoti e scavi, come quelli derivanti dall'utilizzo di terra locale per la costruzione, potrebbero essere in grado di fornire terreno fertile ai parassiti, che rappresentano rischi per la salute delle popolazioni vicine. Per gli insediamenti collettivi temporanei, un'adeguata selezione del sito e la mitigazione dei rischi vettoriali riducono l'impatto delle malattie trasmesse dai vettori sulle popolazioni colpite (vedere Controllo dei vettori standard 1-3 a pagina 111-116).

### Rifugi e insediamenti Standard 3: lo spazio abitativo al coperto

Le persone hanno sufficiente spazio abitativo al coperto che garantisce benessere termico, aria fresca e protezione dal clima, privacy, sicurezza e salute, consentendo la ripresa delle attività essenziali domestiche e di sostentamento.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Assicurarsi che ogni famiglia colpita disponga di adeguato spazio abitabile coperto (vedere le note di orientamento 1-2).
- ▶ Abilitare la separazione sicura e la privacy tra i sessi, tra i diversi gruppi di età e tra le famiglie separate all'interno di un determinato nucleo domestico, come richiesto (vedere la nota di orientamento 3).
- ▶ Assicurarsi che le attività domestiche essenziali e di sostentamento possano essere svolte all'interno dello spazio abitabile coperto o di un' area adiacente (vedere la nota di orientamento 4).
- ▶ Promuovere l'utilizzo di soluzioni di rifugio e di materiali che siano familiari alla popolazione colpita dal disastro e, se possibile, culturalmente e socialmente accettabili e sostenibili per l'ambiente (vedere le note di orientamento 5-6).
- ▶ Valutare le condizioni climatiche specifiche per tutte le stagioni per offrire il benessere termico ottimale, la ventilazione e la protezione (vedere le note di orientamento 7-10).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Tutti gli individui colpiti dispongono di una superficie minima iniziale coperta di 3.5 metri quadrati a persona (vedere le note di orientamento 1-2).
- ▶ Tutte le soluzioni di rifugio e i materiali soddisfano gli standard tecnici e di performance accettati e sono culturalmente accettabili (vedere le note di orientamento 3-10).

#### Note di orientamento

1. **Clima e contesto:** in climi freddi, le attività domestiche in genere si svolgono all'interno dell'area coperta e le popolazioni colpite possono trascorrere molto tempo al suo interno per garantirsi un adeguato benessere termico. In ambito urbano, le attività domestiche si svolgono generalmente dentro l'area



coperta, in quanto di solito lo spazio esterno meno utilizzato. Per soddisfare tali condizioni, sarà spesso richiesta una superficie coperta di oltre 3.5 metri quadrati a persona. Anche l'altezza dal pavimento al soffitto è un fattore fondamentale. Un' altezza maggiore è preferibile quando il clima è caldo e umido perchè favorisce la circolazione dell'aria, mentre un' altezza inferiore è preferibile se il clima è freddo per ridurre al minimo il volume interno che necessita di riscaldamento. L'altezza interna dal pavimento al soffitto deve essere di almeno due metri nel punto più alto. Dove il clima è più caldo, lo spazio esterno adiacente ombreggiato può essere utilizzato per la preparazione degli alimenti e per la cucina. Le soluzioni di rifugio possono doversi adattare a una serie di condizioni climatiche estreme, da inverni e notti fredde a giorni ed estati calde. Se non si possono fornire i materiali per un rifugio completo, i materiali di copertura per la superficie minima coperta dovrebbero avere la priorità. La copertura risultante non può fornire la necessaria protezione dal clima, né la sicurezza, la privacy e la dignità, per cui si dovrebbe provvedere a soddisfare questi bisogni nel più breve tempo possibile (vedere la nota di orientamento 2).

2. **Durata:** Nel periodo immediatamente successivo a un disastro, soprattutto in condizioni climatiche estreme, in cui i materiali per rifugi non sono facilmente disponibili, per salvare la vita e per fornire un rifugio adeguato nel breve termine può essere appropriata una superficie coperta inferiore a 3.5 metri quadrati a persona. In tali casi, l'area coperta dovrebbe raggiungere 3.5 metri quadrati a persona il prima possibile per ridurre al minimo l'impatto negativo sulla salute e sul benessere delle persone. Se lo standard di 3.5 metri quadrati a persona non può essere soddisfatto, o è superiore rispetto allo spazio ordinario utilizzato dalla popolazione colpita o da quella vicina, si dovrebbero considerare gli effetti sulla dignità, la salute e la privacy dati una superficie coperta ridotta. Qualsiasi decisione di fornire meno di 3.5 metri quadrati a persona deve essere sottolineata, insieme alle azioni per mitigare gli effetti negativi sulle popolazioni colpite. Possono essere richieste soluzioni di rifugio temporaneo o di transitorio per garantire un rifugio adeguato di maggiore durata, che possa resistere a climi stagionali diversi e potenzialmente per diversi anni. I piani di risposta concordati con le autorità locali o altri dovrebbero assicurare che i rifugi temporanei o di transizione non siano autorizzati a diventare alloggi permanenti predefiniti
3. **Pratiche culturali, sicurezza e privacy:** le pratiche locali esistenti nell'utilizzo di uno spazio abitabile coperto, per esempio, le modalità e la sistemazione dei membri della famiglia per dormire, dovrebbero influenzare l'area coperta richiesta. La consultazione dovrebbe includere i membri di gruppi vulnerabili e chi se ne occupa. Si forniscono le opportunità per la suddivisione interna all'interno dei singoli rifugi domestici. Negli alloggi collettivi, il raggruppamento delle famiglie imparentate, dei percorsi di accesso

ben pianificati attraverso l'area coperta e i materiali per schermare lo spazio personale e per la casa possono aiutare ad assicurare un'adeguata privacy e la sicurezza personale. I benefici psicosociali dovuti a un'adeguata fornitura di spazio e privacy, riducendo al minimo il sovraffollamento, dovrebbero essere massimizzati sia nei singoli rifugi domestici sia negli alloggi collettivi temporanei (vedere Principio di protezione 1 a pagina 33).

4. **Attività domestiche e di mezzi di sostentamento:** L'area coperta deve fornire lo spazio per le seguenti attività: dormire, lavarsi e vestirsi; la cura di neonati, bambini e malati o persone con disabilità; la conservazione degli alimenti, acqua, beni per la casa e altri beni fondamentali; cucinare e mangiare in casa se richiesto; un ritrovo comune dei membri della famiglia. La pianificazione dell'area coperta, in particolare la posizione di aperture e suddivisioni, dovrebbe massimizzare l'utilizzo dello spazio interno e di qualsiasi area esterna adiacente. Soluzioni di rifugio, materiali e costruzione: le soluzioni di rifugio definite come tende per famiglie, kit di riparo, blocchi di materiali o di edifici prefabbricati, dovrebbero essere fornite quando le opzioni di rifugio post-disastro locali non sono facilmente disponibili, sono inadeguate o non possono essere supportate in modo sostenibile dall'ambiente naturale locale. Se sono forniti principalmente teli di plastica rinforzata per il riparo di emergenza, essi si integrano con corde, attrezzi, elementi di fissaggio e materiali di supporto come pali di legno o elementi di strutture edili locali. Tali materiali o soluzioni di rifugio definite dovrebbero soddisfare le specifiche e gli standard concordati a livello nazionale e internazionale ed essere accettabili per la popolazione colpita. Se è fornita solo una parte dei materiali per un rifugio di base (per esempio, rivestimenti di plastica), si valuta e mitiga qualsiasi potenziale impatto negativo sull'economia locale o sull'ambiente naturale tramite l'approvvigionamento di altri materiali utili (per esempio, pali in legno con cornici). La capacità tecnica e finanziaria della popolazione colpita di mantenere e riparare il proprio rifugio dovrebbe inoltre considerare la specifica dei materiali e delle tecnologie (vedere Generi non alimentari Standard 5 a pagina 276). Si deve monitorare regolarmente per garantire che le prestazioni delle soluzioni di rifugio rimangano adeguate nel corso del tempo.
5. **Progettazione partecipata:** Tutti i membri di ciascuna famiglia colpita devono essere coinvolti nella massima misura possibile, nel determinare il tipo di assistenza di rifugio da fornire. Si dovrebbe dare la priorità alle opinioni di gruppi o individui che in genere trascorrono più tempo all'interno dello spazio abitativo coperto e di quelli con bisogni di accessibilità specifici. Ciò deve essere influenzato dalle valutazioni di abitazioni tipiche esistenti. Rendere le famiglie consapevoli degli svantaggi e dei vantaggi di sconosciute forme 'moderne' di costruzione e materiali che possono migliorare lo status sociale (vedere Standard Fondamentale 1 a pag. 55).



6. Nei climi caldi e umidi: i rifugi devono essere orientati e progettati per massimizzare la ventilazione e ridurre al minimo l'ingresso della luce diretta del sole. Il tetto deve avere una pendenza ragionevole per il drenaggio delle acque piovane, con grandi sporgenze, a eccezione dei luoghi vulnerabili ai venti forti. La costruzione del rifugio dovrebbe essere leggera, dal momento che è richiesta una bassa capacità termica. Dovrebbe essere assicurata intorno al rifugio un'adeguata superficie di drenaggio dell'acqua insieme all'utilizzo di pavimenti sopraelevati per minimizzare il rischio di entrata di acqua nell'area coperta.
7. Nei climi caldi e secchi: La costruzione deve essere pesante per garantire un'elevata capacità termica, consentendo ai cambiamenti di temperatura di notte e di giorno di raffreddare e riscaldare alternativamente l'interno, o leggera con un adeguato isolamento. Nella progettazione strutturale delle costruzioni si deve prestare attenzione al peso massimo sostenibile in aree a rischio sismico. Se sono disponibili solo rivestimenti di plastica o tende, un tetto a doppio strato deve essere dotato di ventilazione tra gli strati per ridurre il guadagno di calore radiante. Le aperture di porte e finestre posizionate lontano dalla direzione del vento dominante ridurrà al minimo il riscaldamento da venti caldi e la trasmissione di calore dal terreno circostante. Dovrebbe essere fornita una pavimentazione che incontra la muratura esterna senza spazi vuoti per ridurre al minimo la polvere e i vettori.
8. Nei climi freddi: è necessaria la costruzione di strutture pesanti con elevata capacità termica per i rifugi che sono occupati per tutta la giornata. Una costruzione leggera con bassa capacità termica e con un sostanziale isolamento è più appropriata per i rifugi che sono occupati solo di notte. Ridurre al minimo il flusso d'aria, in particolare intorno a porte e finestre, per garantire comodità fornendo anche un'adeguata ventilazione per stufe o fornelli di cottura. Stufe o altre forme di riscaldamento sono essenziali e devono essere appropriate al rifugio. Valutare e mitigare i potenziali rischi di incendio legati all'utilizzo di stufe e riscaldatori (vedere Generi non alimentari Standard 4 a pagina 274). Il drenaggio superficiale delle acque dovrebbe essere fornito attorno al rifugio e si utilizzano pavimenti sopraelevati per ridurre al minimo il rischio di far entrare acqua a causa di pioggia, o neve sciolta. La perdita di calore del corpo attraverso il pavimento deve essere ridotta al minimo, garantendo che il pavimento sia isolato con l'utilizzo di tappetini isolanti, materassi o letti rialzati (vedere Generi non alimentari Standard 2 a pagina 271).
9. Ventilazione e controllo dei vettori: si deve garantire un'adeguata ventilazione all'interno dei singoli rifugi domestici e degli edifici pubblici, come scuole e strutture sanitarie, per mantenere un ambiente interno sano, ridurre al minimo l'effetto del fumo di stufe all'interno della casa, le conseguenti infezioni respiratorie e problemi agli occhi, il rischio di trasmissione di malattie come la

tubercolosi diffusa dall'infezione attraverso gocce. Le pratiche di costruzione locali, i modelli di preparazione del rifugio utilizzati dalle persone sfollate e la scelta del materiale, dovrebbero condizionare le misure di controllo dei vettori (vedere Servizi sanitari essenziali – controllo delle malattie trasmissibili Standard 1 a pagina 312 e Controllo dei vettori standard 1-3 alle pagine 111-116).



### Rifugi e insediamenti Standard 4: Costruzione

Le pratiche locali sicure di costruzione, i materiali, le competenze e le capacità sono utilizzate adeguatamente, massimizzando il coinvolgimento della popolazione colpita e delle opportunità di sostentamento locali.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Coinvolgere la popolazione colpita, i professionisti locali delle costruzione e le autorità competenti per concordare le opportune procedure di sicurezza di costruzione, i materiali e le competenze che aumentano le opportunità di sostentamento locali (vedere le note di orientamento 1-3).
- ▶ Garantire l'accesso al supporto o alle risorse aggiuntive per le persone colpite da disastri che non hanno la capacità, l'abilità o la possibilità di intraprendere le attività connesse alle costruzioni (vedere le note di orientamento 1-3).
- ▶ Ridurre al minimo i rischi e le vulnerabilità strutturali attraverso una costruzione appropriata e materiali specifici (vedere le note di orientamento 4-5).
- ▶ Soddisfare gli standard concordati per i materiali e la qualità del lavoro (vedere le note di orientamento 5-6).
- ▶ Gestire la fornitura di materiali, l'assistenza tecnica del lavoro e l'approvazione di una regolamentazione attraverso pratiche di amministrazione appropriate di ordini, appalti e costruzioni (vedere la nota di orientamento 7).
- ▶ Rendere possibile il mantenimento e l'aggiornamento dei singoli rifugi domestici con l'utilizzo di strumenti e risorse locali (vedere la nota di orientamento 8).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Tutta la costruzione è conforme con le pratiche e gli standard di costruzione sicure e concordate (vedere le note di orientamento 2-7).
- ▶ Le attività di costruzione dimostrano il coinvolgimento della popolazione colpita e l'aumento delle opportunità di sostentamento locale (vedere le note di orientamento 1-2, 8).

#### Note di orientamento

1. **Partecipazione delle popolazioni colpite:** La partecipazione della popolazione colpita nelle attività di rifugio e insediamento deve essere influenzata dalle pratiche esistenti attraverso cui le abitazioni e gli insediamenti

sono pianificati, costruiti e mantenuti. Le competenze dei programmi di formazione e di apprendistato possono aumentare le opportunità di partecipazione durante la costruzione, particolarmente per le persone a cui mancano le competenze o l'esperienza necessaria alla costruzione. Donne di tutte le età dovrebbero essere incoraggiate a partecipare alle attività di formazione e di costruzione relative al rifugio. I contributi di persone non in grado di svolgere i compiti fisici o quelli che richiedono competenze tecniche specialistiche, possono includere il monitoraggio del sito e il controllo delle scorte, l'assistenza infantile, alloggi temporanei, il supporto amministrativo o la preparazione di alimenti per coloro che sono impegnati in opere di costruzione. Si devono considerare le altre richieste di tempo e di lavoro della popolazione colpita. La fornitura di assistenza da parte delle squadre di lavoro volontarie della comunità può integrare il coinvolgimento delle singole famiglie. Tale assistenza è essenziale per sostenere donne capofamiglia, come le donne che possono essere particolarmente a rischio di sfruttamento sessuale in cerca di assistenza per la costruzione del loro rifugio (vedere Standard fondamentale 1 a pagina 55, Principio di Protezione 2 a pagina 36, Generi non alimentari standard 5 a pagina 276). Possono necessitare di assistenza anche i soggetti con difficoltà motorie, anziani e altri che sono in grado di svolgere attività di costruzione

2. **Competenza tecnica ed esperienza:** un' appropriata competenza tecnica di progettazione, di costruzione e di gestione dovrebbe integrare le capacità e le conoscenze della popolazione colpita e fornire l'esperienza di processi tecnici e normativi stabiliti (vedere Standard Fondamentale 6 a pagina 71). In ambienti vulnerabili ai disastri stagionali o ciclici, il coinvolgimento di specialisti tecnici con esperienze precedenti di appropriate soluzioni locali o delle migliori pratiche concordate può influenzare il processo di progettazione e costruzione.
3. **Reperimento dei materiali e del lavoro:** La rapida fornitura di soluzioni di rifugio o di materiali e strumenti, sia separatamente sia in un kit predefinito, può consentire alla popolazione colpita stessa di montare o costruire rifugi. Se possibile, i mezzi di sostentamento locali dovrebbero essere sostenuti attraverso l'approvvigionamento locale di materiali da costruzione, di competenze specialistiche di costruzione e di lavoro manuale basati su rapide valutazioni di mercato e analisi. Se l'approvvigionamento locale dei materiali rischia di avere un notevole impatto negativo sull'economia locale o sull'ambiente naturale, può essere richiesto quanto segue: l'utilizzo di più fonti; materiali o processi di produzione alternativi; materiali di provenienza regionale o internazionale; o sistemi di rifugio brevettati (vedere Rifugi e insediamenti Standard 5 a pagina 265). Dovrebbe essere promosso il riutilizzo di materiali recuperati da edifici danneggiati, dopo aver individuato i diritti su tali materiali.
4. **Prevenzione dei disastri e riduzione del rischio:** La robustezza delle costruzioni deve essere coerente con le note condizioni climatiche e rischi naturali e



dovrebbe prendere in considerazione gli adattamenti per affrontare l'impatto locale del cambiamento climatico. Modifiche alle norme edilizie o pratiche di costruzione a seguito del disastro dovrebbero essere applicate in accordo con la popolazione colpita dal disastro e le autorità competenti.

5. Progettazione sicura degli edifici pubblici e delle costruzioni: Edifici pubblici temporanei e permanenti, come le scuole e le strutture sanitarie devono essere costruiti o riparati per essere resistenti ai disastri e per garantire la sicurezza e l'accesso per tutti. Tali strutture devono essere conformi alle specifiche norme di costruzione di settore e con le procedure di approvazione, compresi i requisiti di accessibilità per le persone con difficoltà di mobilità, di vista o di comunicazione. La riparazione o la costruzione di tali edifici devono essere intraprese in accordo con le autorità competenti e aggiornate da una infrastruttura di servizi concordata e da una strategia di manutenzione a prezzi accessibili (vedere INEE norme minime in materia di istruzione: preparazione, risposta e recupero).
6. Norme di costruzione: standard e linee di orientamento di costruzione dovrebbero essere concordate con le autorità competenti per garantire che i requisiti fondamentali di performance e sicurezza siano soddisfatti. Se i codici di costruzione locali o nazionali applicabili non sono state abitualmente rispettati o eseguiti, deve essere concordata una conformità incrementale che riflette la cultura locale degli alloggi, le condizioni climatiche, le risorse, le capacità di manutenzione e costruzione, l'accessibilità e la convenienza.
7. L'approvvigionamento e la gestione della costruzione: dovrebbe essere sviluppato un programma di costruzione per pianificare le attività. Il programma deve includere le tappe fondamentali come le date di completamento individuate, il trasferimento delle popolazioni sfollate a soluzioni di insediamento e rifugio specifiche e l'inizio di modelli climatici stagionali. Occorre stabilire una catena di fornitura reattiva, efficiente e responsabile e il sistema di gestione della costruzione per il controllo dei materiali, del lavoro e del sito. Ciò dovrebbe includere il reperimento, l'approvvigionamento, il trasporto, la gestione e l'amministrazione, dal punto di origine attraverso i rispettivi siti come richiesto (vedere Sicurezza alimentare - trasferimenti alimentari Standard 4 a pagina 188).
8. Aggiornamento e manutenzione: Poiché le risposte iniziali di rifugio in genere forniscono solo un livello minimo di spazio chiuso e di assistenza materiale, le popolazioni colpite necessiteranno di mezzi alternativi per aumentare la portata o la qualità dello spazio chiuso fornito. La forma di costruzione e i materiali utilizzati devono consentire alle singole famiglie di mantenere e adattare, o aggiornare il rifugio per soddisfare le loro necessità a lungo termine utilizzando strumenti e materiali disponibili a localmente (vedere Generi non alimentari Standard 5 a pagina 276).

### Rifugi e Insediamenti standard 5: Impatto ambientale

Le soluzioni di rifugio e insediamento e l'approvvigionamento di materiali e le tecniche di costruzione utilizzate riducono al minimo l'impatto negativo sull'ambiente naturale locale.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Valutare e analizzare l'impatto negativo del disastro sull'ambiente naturale locale e i rischi e le vulnerabilità ambientali (vedere la nota di orientamento 1).
- ▶ Prendere in considerazione l'entità delle risorse naturali locali al momento della pianificazione dell'insediamento temporaneo o permanente della popolazione colpita (vedere le note di orientamento 1-3).
- ▶ Gestire le risorse ambientali naturali locali per soddisfare le necessità attuali e future delle popolazioni colpite da disastri (vedere le note di orientamento 1-3).
- ▶ Ridurre al minimo l'impatto negativo sulle risorse ambientali naturali locali che può derivare dalla produzione e dalla fornitura di materiali da costruzione e dal processo di costruzione (vedere le note di orientamento 3-4).
- ▶ Preservare gli alberi e altra vegetazione, se possibile, per aumentare la conservazione idrica, ridurre al minimo l'erosione del suolo e per fornire ombra (vedere la nota di orientamento 5).
- ▶ Ripristinare la posizione degli insediamenti collettivi temporanei alla loro posizione originale, una volta che non sono più necessari, salvo diverse disposizioni (vedere la nota di orientamento 6).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ La pianificazione di tutti i ritorni, gli insediamenti collettivi temporanei o ospitali dimostrano che l'impatto negativo sull'ambiente naturale è stato ridotto al minimo e / o mitigato (vedere le note di orientamento 1-6).
- ▶ I processi di costruzione e di approvvigionamento dei materiali per tutte le soluzioni di rifugio dimostrano che l'impatto negativo sull'ambiente naturale locale è stato ridotto al minimo e / o mitigato (vedere la nota di orientamento 4).



## Note di orientamento

1. **Valutazione ambientale:** L'impatto di un disastro sull'ambiente naturale deve essere valutato per informare sull'intervento e sulle attività di mitigazione necessarie. Molti disastri naturali, per esempio le frane, sono spesso una diretta conseguenza della cattiva gestione delle risorse naturali ambientali. In alternativa, possono essere causa di rischi o vulnerabilità ambientali esistenti, come le inondazioni stagionali nelle zone basse o la mancanza di risorse ambientali naturali che possono essere raccolte in tutta sicurezza. La comprensione di questi rischi è essenziale per informare sulla pianificazione degli insediamenti e per assicurare che le vulnerabilità note tra cui l'impatto del cambiamento climatico sono affrontate come parte dell'intervento.
2. **La sostenibilità e la gestione delle risorse ambientali:** se le risorse ambientali necessarie per supportare un aumento sostanziale di insediamenti umani sono limitate, la domanda non sostenibile per l'ambiente naturale dovrebbe essere ridotta. Se sono disponibili tali risorse naturali, gli insediamenti collettivi temporanei devono essere gestiti per ridurre al minimo i danni ambientali. Dovrebbero essere fornite e gestite le forniture esterne sostenibili di carburante e le opzioni per il pascolo del bestiame, la produzione agricola e le altre attività di supporto al sostentamento che dipendono dalle risorse naturali dovrebbero essere fornite e gestite. I pochi insediamenti gestiti di grandi dimensioni possono essere più sostenibili per l'ambiente di un maggior numero di piccoli, dispersi insediamenti che non sono gestiti o controllati facilmente. Dovrebbe essere considerato l'impatto sulle necessità di risorse ambientale naturali per le popolazioni che ospitano le persone colpite dal disastro o quelle situate vicino alla zona interessata
3. **Mitigare l'impatto ambientale a lungo termine:** la gestione delle risorse naturali ambientali deve essere considerata a tutti i livelli della pianificazione. Se la necessità di fornire un rifugio per le popolazioni colpite ha un notevole impatto negativo sull'ambiente naturale attraverso l'esaurimento delle risorse ambientali locali, gli effetti a lungo termine dovrebbero essere ridotti al minimo attraverso una gestione ambientale complementare e attività di riabilitazione. Si raccomandano consultazioni con le appropriate organizzazioni ambientali.
4. **Reperimento dei materiali da costruzione:** Dovrebbe essere valutato l'impatto ambientale dell'approvvigionamento delle risorse naturali ambientali, come l'acqua, le costruzioni in legno, la sabbia, la terra e i prati, così come il combustibile per la cottura dei mattoni e delle tegole. Identificare i clienti abituali, i tassi di estrazione e di rigenerazione e la proprietà o il controllo di tali risorse. Fonti alternative o complementari per la fornitura possono sostenere l'economia locale e ridurre gli eventuali effetti negativi a lungo termine sull'ambiente naturale locale. Dovrebbero essere promossi l'utilizzo di più

fonti e il riutilizzo di materiali riciclati, di materiali alternativi e dei processi di produzione (per esempio, l'impiego di blocchi di terra stabilizzata). Ciò dovrebbe essere combinato con le pratiche di mitigazione, come il reimpianto complementare.

5. **Erosione:** Le soluzioni di rifugio e di insediamento dovrebbero essere pianificate per la conservazione degli alberi e dell'altra vegetazione per stabilizzare il terreno e per massimizzare le opportunità di ombra e di protezione dal clima. Si dovrebbero utilizzare elementi naturali per elementi come strade, percorsi e reti di drenaggio, al fine di ridurre al minimo l'erosione e le inondazioni. Se ciò non può essere realizzato, ogni probabile erosione deve essere contenuta attraverso la fornitura di canali scavati di drenaggio, drenaggio in filodiffusione girevole sotto carreggiate o piantando banche di terra per ridurre al minimo il deflusso dell'acqua (si veda Drenaggio standard 1 a pagina 121).
6. **Trasferimento:** La rigenerazione naturale dell'ambiente deve essere rafforzata dentro e intorno agli insediamenti collettivi temporanei attraverso adeguate misure di risanamento ambientale. L'eventuale sospensione di tali insediamenti deve essere gestita per garantire la rimozione soddisfacente di tutto il materiale e dei rifiuti che non possono essere riutilizzati o che potrebbero avere un effetto negativo sull'ambiente naturale.



## 2. Generi non alimentari: vestiario, lenzuola e articoli domestici

Il vestiario, le coperte e il materiale di biancheria da letto soddisfano le più personali necessità umane per la protezione dal clima e per il mantenimento della salute, della privacy e della dignità. L'accesso ai beni e alle forniture di base è necessario per permettere alle popolazioni colpite di preparare e consumare gli alimenti, offrire comfort termico e benessere, soddisfare le necessità igieniche personali e costruire, mantenere o riparare rifugi (vedere Promozione delle pratiche igieniche Standard 2 a pagina 94 e Approvvigionamento idrico Standard 1 a pagina 97).

Tutte le popolazioni colpite – che siano in grado di ritornare al luogo delle loro case d'origine, che siano ospiti di altre famiglie o che siano sistemate presso insediamenti collettivi temporanei – avranno bisogni di generi non alimentari sia individuali sia domestici che devono essere valutate e soddisfatte in maniera appropriata. Anche le popolazioni colpite dai disastri indirettamente, in particolare le famiglie ospitanti, potrebbero richiedere assistenza per generi non alimentari per soddisfare il carico supplementare che deriva dall'ospitalità o l'impatto dei disastri sull'economia locale e sull'accesso a tali generi.

Anche se la distribuzione di generi non alimentari è una comune attività di risposta, dovrebbe essere considerata la fornitura di contanti o di voucher per l'accesso a tali generi dove i mercati locali sono ancora funzionanti (vedere Sicurezza alimentare – trasferimenti di contanti e voucher Standard 1 a pagina 200).

Gli articoli per l'uso individuale e domestico solitamente non richiedono informazioni aggiuntive o istruzioni su come devono essere utilizzati. Comunque, gli articoli di supporto alla riparazione o alla costruzione di rifugi, per esempio i materiali da costruzione, i fissaggi e gli attrezzi, richiedono solitamente assistenza tecnica aggiuntiva per un utilizzo sicuro ed efficace di tali articoli. Analogamente, i beni per soddisfare le necessità di igiene personale dovrebbero essere supportati da appropriate attività di promozione dell'igiene (vedere Promozione delle pratiche igieniche Standard 1-2 alle pagine 91-94).

### Generi non alimentari Standard 1: beni individuali, domestici e di supporto per i rifugi.

La popolazione colpita dispone di sufficienti generi non alimentari individuali, domestici e di supporto ai rifugi per garantire la propria salute, dignità, sicurezza e benessere..

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Valutare le differenti necessità di generi non alimentari della popolazione colpita (vedere le note di orientamento 1-2 e Approvvigionamento idrico Standard 3 a pagina 103).
- ▶ Identificare quali generi non alimentari possono essere reperiti localmente o ottenuti autonomamente dalla popolazione colpita attraverso la fornitura di contanti o di voucher (vedere la nota di orientamento 3).
- ▶ Considerare l'appropriatezza di tutti i generi non alimentari all'interno di un dato pacchetto (vedere la nota di orientamento 4).
- ▶ Pianificare una distribuzione trasparente, ordinata ed equa di tutti i generi non alimentari (vedere la nota di orientamento 5).
- ▶ Fornire istruzioni, assistenza tecnica o promozione per l'utilizzo di articoli di supporto ai rifugi secondo quanto richiesto (vedere la nota di orientamento 6).
- ▶ Pianificare un rifornimento di generi non alimentari per le popolazioni sfollate per un periodo esteso di tempo (vedere la nota di orientamento 7).
- ▶ Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)
- ▶ I bisogni di generi non alimentari valutati per l'intera popolazione colpita da disastro sono soddisfatti (vedere le note di orientamento 1-7).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ I bisogni di generi non alimentari valutati per l'intera popolazione colpita da disastro sono soddisfatti (vedere le note di orientamento 1-7).

#### Note di orientamento

1. **Valutazione delle necessità:** devono essere valutate le necessità individuali degli articoli, come l'abbigliamento o l'igiene personale, articoli domestici generici quali la conservazione degli alimenti o la loro preparazione e gli articoli di supporto di un rifugio, come teli di plastica, corde, strumenti o materiali



per la costruzione di base. Deve essere fatta una distinzione tra le necessità individuali e quelle collettive, in particolare per la cucina e il carburante. Devono essere identificate le necessità di generi non alimentari che possono essere soddisfatti utilizzando risorse locali e familiari. Le necessità di scatole, sacchi o altri recipienti simili per il magazzinaggio e il trasporto di beni sia individuali sia domestici delle popolazioni sfollate o di quelle in transito, dovrebbero essere considerati come parte di qualsiasi attività di assistenza di generi non alimentari. La fornitura di generi non alimentari dovrebbe essere parte di un generale piano di risposta ai disastri (vedere gli Standard Fondamentali 1-3 a pagina 56-61 e Rifugi e insediamenti Standard 1 a pagina 249).

2. **Le strutture pubbliche:** i generi non alimentari devono essere forniti per supportare l'igiene personale, la salute, la preparazione e la cottura degli alimenti, e così via, in modo appropriato per le scuole e gli altri enti pubblici. L'accesso dovrebbe essere messo a disposizione per i momenti di svago e per i materiali di apprendimento. Dovrebbero essere stabiliti collegamenti tra i settori della salute e dell'istruzione al fine di garantire la salute pubblica e messaggi di supporto all'igiene per l'utilizzo appropriato dei generi non alimentari (si veda Promozione delle pratiche igieniche Standard 1-2 alle pagine 91-94 e gli standard minimi INEE in materia di istruzione: preparazione, risposta, recupero).
3. **Approvvigionamento dei generi non alimentari:** i disastri colpiscono l'economia locale e le catene di approvvigionamento, le quali necessitano spesso di una fornitura esterna di generi non alimentari e della distribuzione diretta agli individui, alle famiglie o alle comunità. Una rapida analisi di mercato nell'ambito della valutazione iniziale delle necessità può determinare se generi non alimentari familiari possono essere reperiti localmente o nelle zone limitrofe non colpite. Dove l'economia locale è ancora attiva, o può essere sostenuta attraverso un'assistenza specifica nella gestione della catena di approvvigionamento, la fornitura di contanti e / o voucher può abilitare le popolazioni colpite a gestire le proprie necessità di soccorso (vedere Sicurezza alimentare - trasferimento di contanti e voucher Standard 1 a pagina 200). Tale assistenza dovrebbe essere pianificata per garantire che le persone vulnerabili non siano svantaggiate e che le necessità di soccorso siano soddisfatte.
4. **Pacchetti di soccorso:** i generi non alimentari sono spesso confezionati e preposizionati in magazzini in base a specifici standard e contenuti. La quantità e le specifiche dei generi non alimentari in un pacchetto domestico dovrebbero essere considerate in riferimento al numero di persone in una famiglia tipo, la loro età, il sesso e la presenza di persone con bisogni specifici, così come l'accettabilità culturale degli articoli.

5. **Distribuzione:** i metodi di distribuzione efficaci ed equi dovrebbero essere pianificati consultando la popolazione colpita. La popolazione deve essere informata riguardo a ciascuna distribuzione e procedura di registrazione o di valutazione necessarie. Dovrebbe effettuarsi la registrazione formale o l'assegnazione di gettoni. Accertarsi che gli individui o le famiglie vulnerabili non siano esclusi dalle liste di distribuzione e che possano accedere sia alle informazioni sia alla distribuzione stessa. Occorre stabilire un processo di reclamo per affrontare eventuali problemi che sorgono durante la registrazione o la distribuzione. Si dovrebbero consultare le autorità locali competenti riguardo a quali località di distribuzione siano più adatte per un accesso sicuro e per la ricezione dei generi non alimentari, come pure per il ritorno sicuro dei destinatari. Sono da considerare le distanze a piedi da coprire, il terreno e gli aspetti pratici e le implicazioni dei costi di trasporto degli articoli più grandi come gli elementi di supporto dei rifugi. Occorre intraprendere il monitoraggio della distribuzione e l'utilizzo dei generi non alimentari forniti per valutare l'adeguatezza e l'appropriatezza sia del processo di distribuzione sia dei generi di prima non alimentari stessi (vedere Sicurezza alimentare - trasferimenti alimentari standard 5 a pagina 192).
6. **Promozione, istruzione e orientamento tecnico:** l'utilizzo degli articoli domestici individuali e generali dovrà risultare familiare alla popolazione colpita dal disastro, senza ulteriori indicazioni. Occorre, tuttavia, fornire una guida tecnica e le istruzioni per integrare la fornitura di elementi di sostegno ai rifugi, per esempio i materiali da costruzione, gli attrezzi e i sistemi di fissaggio (vedere Generi non alimentari Standard 5 a pagina 276). L'imballaggio può trasportare semplici diagrammi che illustrano come gli elementi possono essere utilizzati in modo sicuro per riparare o costruire un alloggio adeguato e sicuro. La popolazione colpita dal disastro e gli specialisti di costruzioni locali dovrebbero essere coinvolti in attività di sensibilizzazione sul posto (per esempio, la riparazione o la costruzione dimostrativa di rifugi), al fine di comprendere meglio le tecniche di costruzione necessarie. Gli eventuali punti deboli di progettazione e di costruzione nei rifugi e negli insediamenti prima del disastro, che possono aver contribuito al danneggiamento o alla distruzione di case, e gli esempi di buone pratiche locali che resistono al disastro, devono essere evidenziati a coloro che sono coinvolti in attività di costruzione.
7. **Rifornimento:** La pianificazione delle distribuzioni di soccorso dovrebbe considerare il tasso di consumo, la durata dell'impiego e la capacità della popolazione colpita di rifornirsi di tali articoli.



## Generi non alimentari Standard 2: abbigliamento e biancheria dal letto

La popolazione colpita dal disastro dispone di sufficiente abbigliamento, coperte e biancheria da letto per garantirsi comodità personale, dignità, salute e benessere.

### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Identificare separatamente le esigenze di abbigliamento di donne, ragazze, uomini e ragazzi di tutte le età, compresi i neonati e gli individui vulnerabili o emarginati e garantire correttamente l'accesso agli articoli richiesti in formati corretti e appropriati alla cultura, alla stagione e al clima (vedere le note di orientamento 1-5).
- ▶ Identificare le necessità della popolazione colpita di coperte e biancheria da letto e garantire l'accesso richiesto a coperte e biancheria da letto, per fornire sufficiente comodità termica e consentire adeguate pratiche di riposo (vedere le note di orientamento 2-5).
- ▶ Valutare la necessità di zanzariere da letto trattate con insetticida e fornirle come richiesto (vedere Controllo dei vettori standard 1-3 alle pagine 111-116).

### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Tutte le donne, ragazze, uomini e ragazzi possiedono almeno due set completi di vestiti nella giusta taglia che sono appropriati per la cultura, la stagione e il clima (vedere le note di orientamento 1-5).
- ▶ Tutte le persone colpite dispongono di un assortimento di coperte, biancheria da letto, materassini o materassi e zanzariere da letto trattate con insetticida, se richiesto, per garantire una sufficiente comodità termica e garantire adeguate pratiche di riposo (vedere le note di orientamento 2-5 e Controllo dei vettori Standard 1-3 alle pagine 111-116).

### Note di orientamento

1. Cambi di vestiario: Tutte le persone colpite dovrebbero avere accesso a sufficienti cambi di vestiario per assicurarsi comodità termica, dignità, salute e benessere. Ciò richiederà almeno due set di articoli essenziali, in particolare biancheria intima, per consentire il lavaggio.

2. Appropriatezza: il vestiario (comprese le calzature richieste) deve essere adeguato alle condizioni climatiche e alle pratiche culturali e dimensionato a seconda delle necessità. Neonati e bambini fino a 2 anni di età dovrebbero disporre di una coperta, insieme a un abbigliamento adeguato. I materiali da biancheria da letto dovrebbero riflettere le pratiche culturali ed essere in quantità sufficienti a consentire separatamente le necessità di riposo come previsto.
3. Prestazioni termiche: occorre considerare le proprietà isolanti del vestiario e delle coperte, così come l'effetto delle condizioni climatiche umide o bagnate sulle prestazioni termiche di tali articoli. Si valuta una combinazione di articoli di vestiario e di biancheria da letto al fine di garantire che il necessario livello di comfort termico sia soddisfatto. Combattere la perdita di calore attraverso le terreno con materassini o materassi isolanti può rivelarsi più efficace del fornire coperte supplementari.
4. Resistenza: Vestiario e coperte devono essere sufficientemente resistenti all'usura e all' utilizzo prolungato.
5. Necessità specifiche: gli individui più a rischio dovrebbero disporre di abbigliamento e biancheria da letto supplementare per soddisfare i propri bisogni. Tali individui sono le persone con problemi di incontinenza, le persone con malattie croniche, donne in gravidanza e in allattamento, gli anziani e le persone con mobilità ridotta. I neonati, i bambini, le persone con mobilità ridotta e le persone anziane sono più inclini alla perdita di calore e, quindi, possono richiedere vestiario supplementare, coperte, e così via, per mantenere adeguati livelli di comfort termico. Data la loro mancanza di mobilità, anziani e malati o persone con disabilità richiederanno particolare attenzione, per esempio la fornitura di materassi o letti rialzati.

## Generi non alimentari Standard 3: cucina e articoli per cibarsi

La popolazione colpita dal disastro ha a disposizione articoli culturalmente appropriati per preparare e conservare gli alimenti, per cucinare, mangiare e bere.

### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Identificare le necessità della popolazione colpita per la preparazione e la conservazione degli alimenti, per cucinare, mangiare e bere, e consentire l'accesso ad articoli culturalmente appropriati, come previsto (vedere le note di orientamento 1-2).



**Indicatori chiave** (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Ogni famiglia o gruppo di 4-5 persone ha accesso a due pentole da cucina formato famiglia con manici e coperchi, un lavello per la preparazione degli alimenti o per il servizio, un coltello da cucina e due cucchiaini per servire (vedere le note di orientamento 1-2)
- ▶ Tutte le persone colpite dal disastro dispongono di un piatto fondo, un cucchiaino o altri utensili per mangiare e una tazza o un recipiente per bere (vedere le note di orientamento 1-2).

**Note di orientamento**

1. **Appropriatezza:** La scelta degli articoli da cucina e delle posate dovrebbe essere culturalmente appropriata e dovrebbe consentire di seguire procedure sicure. Quando si specificano gli elementi si devono consultare le donne o coloro che tipicamente supervisionano la preparazione del cibo. Le quantità degli articoli da cucina devono basarsi sulle pratiche culturali, come quelle che richiedono modalità di cottura separate per i diversi gruppi familiari all'interno di un nucleo domestico o la separazione di particolari alimenti durante la preparazione. Il tipo e la dimensione della cucina e degli utensili da cucina devono essere adatti alle persone anziane, ai persone con disabilità e ai bambini.
2. **Materiali:** Tutti gli articoli in plastica (secchi, ciotole, taniche, contenitori per l'acqua, e così via) devono essere realizzati in materiale plastico per alimenti. Tutti gli oggetti metallici (posate, ciotole, piatti e tazze, e così via), devono essere in acciaio inox o smaltato.

**Generi non alimentari Standard 4: fornelli, carburante e illuminazione**

La popolazione colpita dal disastro ha accesso a fornelli sicuri a basso consumo e a una scorta accessibile di combustibile o di energia domestica, o a un angolo di cottura collettivo. Ogni nucleo domestico ha anche accesso a mezzi appropriati per fornire illuminazione artificiale sostenibile per garantire la sicurezza personale.

**Azioni chiave** (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Identificare e soddisfare le necessità domestiche di cucina e di riscaldamento degli ambienti, garantendo l'accesso a fornelli sicuri a basso consumo di carburante, a un approvvigionamento accessibile di combustibile o di energia

domestica o a un angolo di cottura collettivo (vedere la nota di orientamento 1).

- ▶ Assicurarsi che i fornelli possano essere utilizzati in modo sicuro e che i rischi d'incendio siano ridotti al minimo (vedere le note di orientamento 1-2)
- ▶ Identificare e dare priorità alle fonti sostenibili a livello ambientale ed economico di combustibile o di energia domestica (vedere la nota di orientamento 4).
- ▶ Assicurarsi che il combustibile sia di provenienza sicura e conservato in modo protetto (vedere la nota di orientamento 5).
- ▶ Identificare e soddisfare le esigenze domestiche di mezzi sostenibili per fornire illuminazione artificiale e l'accesso ai fiammiferi o a modalità alternative idonee per l'accensione del combustibile o di candele, e così via (vedere la nota di orientamento 6).

**Indicatori chiave** (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Fornelli a basso consumo di carburante sono utilizzati dalla popolazione colpita con il carburante necessario o l'energia domestica (vedere le note di orientamento 1-3).
- ▶ Non sono segnalati incidenti e danni per le persone che utilizzano ordinariamente dei fornelli e nell'approvvigionamento e conservazione del combustibile (vedere le note di orientamento 4-5).
- ▶ La popolazione colpita dal disastro ha accesso a un mezzo sicuro e sostenibile per fornire illuminazione artificiale e accesso ai fiammiferi o a modalità alternative idonee per l'accensione del combustibile o candele, e così via (vedere la nota di orientamento 6).

**Note di orientamento**

1. **Stufe:** La specifica delle stufe si basa sulle pratiche locali esistenti. Occorre promuovere le pratiche di cottura ad alta efficienza energetica, compreso l'utilizzo di fornelli a basso consumo di combustibile, la preparazione di legna da ardere, la gestione del fuoco, la preparazione degli alimenti, la cucina in comune, e così via. Negli alloggi collettivi, sono preferibili gli angoli cottura comuni o centralizzati rispetto alla fornitura di fornelli individuali o domestici, perché si riducono al minimo i rischi di incendio e di inquinamento di fumo all'interno (vedere Sicurezza alimentare - trasferimenti alimentari Standard 3 a pagina 184).
2. **Ventilazione:** le canne fumarie devono essere montate alle stufe in zone chiuse per lo scarico dei gas di scarico o il fumo verso l'esterno in modo sicuro. Dovrebbero essere utilizzate aperture protette termicamente dagli



agenti atmosferici per garantire una ventilazione adeguata e per ridurre al minimo il rischio di problemi respiratori.

3. Sicurezza antincendio: occorre garantire una separazione di sicurezza tra i fornelli e gli elementi del rifugio. Fornelli interni devono essere posizionati su una base non infiammabile, con una guaina non infiammabile attorno alla canna fumaria dove passa attraverso la struttura del rifugio all'esterno. Le stufe dovrebbero essere posizionate lontano dagli ingressi per consentire l'accesso in sicurezza durante l'utilizzo.
4. Fonti sostenibili di combustibile: le fonti di combustibile dovrebbero essere gestite adeguatamente, in particolare quando vi si affidano anche le comunità ospitanti o limitrofe. Le risorse devono essere rinnovabili per garantire la sostenibilità della fornitura, per esempio stabilire piantagioni di alberi da ardere per ridurre o eliminare l'estrazione del legno dalle foreste esistenti. Dovrebbe essere supportato l'utilizzo di fonti di energia non tradizionali, per esempio, bricchette prodotte da segatura e da altri materiali organici, se ciò è accettabile per le popolazioni colpite.
5. Raccolta e conservazione del combustibile: la popolazione colpita dal disastro, in particolare le donne e le ragazze, dovrebbe essere consultata circa la posizione e i mezzi per raccogliere il combustibile per cucinare, per riscaldare, per affrontare questioni di sicurezza personale. Occorre soddisfare i bisogni di raccolta del combustibile delle persone particolarmente vulnerabili, come donne capofamiglia, o persone portatrici di malattie croniche o con difficoltà di mobilità. Si dovrebbe promuovere l'utilizzo di combustibili a minore intensità di lavoro, tra cui fornelli a basso consumo e fonti di combustibile accessibili. Il combustibile deve essere conservato a una distanza adeguata dai fornelli stessi, e qualsiasi combustibile liquido come il cherosene deve essere tenuto fuori dalla portata di bambini e neonati.
6. Illuminazione artificiale: le lanterne o le candele in grado di fornire illuminazione domestica sono facilmente reperibili, anche se occorre valutare il rischio di incendio per l'uso di tali elementi. Fornire altri tipi di illuminazione artificiale per contribuire alla sicurezza personale e intorno agli insediamenti dove l'illuminazione generale non è disponibile. Si deve considerare l'utilizzo di illuminazione artificiale a efficienza energetica, come i diodi emettitori di luce (LED), e la fornitura di pannelli solari per generare energia elettrica localizzata.

### Generi non alimentari Standard 5: attrezzi e fissaggi

La popolazione colpita, se responsabile per la costruzione o la manutenzione del proprio rifugio o per la rimozione dei detriti, ha accesso agli strumenti necessari, ai fissaggi e alla formazione complementare.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Identificare e soddisfare le necessità di strumenti e di fissaggi delle popolazioni che si occupano della costruzione sicura di parte o di tutto il loro rifugio o delle strutture collettive, per la realizzazione di operazioni indispensabili di manutenzione o per la rimozione di detriti (vedere le note di orientamento 1-2).
- ▶ Assicurarsi che i meccanismi adeguati per l'utilizzo, la manutenzione e la custodia di strumenti e fissaggi che sono forniti per un utilizzo collettivo o in comune, sono concordate e comunemente comprese (vedere le note di orientamento 1-2).
- ▶ Fornire una formazione o una guida, se necessario, per l'utilizzo degli strumenti e per la costruzione, la manutenzione o la rimozione dei detriti (vedere la nota di orientamento 3).



**Indicatori chiave** (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Tutte le famiglie o i gruppi collettivi hanno accesso agli strumenti e alle attrezzature per svolgere in sicurezza la costruzione, la manutenzione o l'attività di rimozione dei detriti, quando necessario (vedere le note di orientamento 1-2).
- ▶ Tutte le famiglie o i gruppi collettivi hanno accesso alla formazione e alla sensibilizzazione per l'utilizzo sicuro degli attrezzi e dei dispositivi di fissaggio forniti (vedere la nota di orientamento 3).

**Note di orientamento**

1. Set tipico di attrezzi: gli attrezzi e i dispositivi di fissaggio forniti dovrebbero essere familiari e adeguati al contesto. Occorre fornire i fissaggi, come chiodi di diverse dimensioni, filo zincato e corde, e gli elementi per aiutare la disposizione. Dovrebbero essere forniti attrezzi comuni nei casi in cui tali strumenti sono impiegati in edifici pubblici o siano richiesti solo per un limitato periodo di tempo, o quando tali risorse sono limitate. Prima della distribuzione si considera qualsiasi utilizzo, manutenzione e custodia in comune.
2. Attività di sostentamento: se possibile, gli attrezzi forniti sono appropriati alle attività di supporto alla sussistenza. L'impiego degli strumenti dovrebbe essere monitorato al fine di evitare impatti negativi sull'ambiente (come la raccolta non autorizzata o non sostenibile delle risorse naturali, e così via) e qualsiasi utilizzo collettivo o condiviso di tali strumenti.
3. Formazione e assistenza tecnica: dovrebbero essere disponibili la formazione o la sensibilizzazione all'impiego sicuro e alla semplice manutenzione degli strumenti e delle attività previste. L'assistenza ai membri delle famiglie allargate, ai vicini di abitazione o ai contratti di lavoro per intraprendere la costruzione pianificata o le attività di manutenzione devono essere fornite alle donne capofamiglia e alle altre persone vulnerabili identificate (vedere Rifugi e insediamenti Standard 4, nota di orientamento 1 a pagina 262).

# Allegato 1

## Lista di valutazione per rifugi, gli insediamenti e generi non alimentari

Questo elenco di domande funge da guida e da lista per assicurare che le informazioni appropriate siano ottenute per informare sulla risposta post-disastro riguardante i rifugi e gli insediamenti. L'elenco delle domande non è obbligatorio e deve essere utilizzato e adattato a seconda dei casi. Si presume che le informazioni sulle cause del disastro, sulla situazione di sicurezza, sui dati demografici principali degli sfollati, di qualsiasi popolazione ospite e dei soggetti principali da consultare e contattare, siano ottenute separatamente (vedere lo Standard fondamentale 3 a pagina 61).

### 1 Rifugi e insediamenti

#### Valutazione e coordinamento

- ▶ E' stato stabilito un meccanismo di coordinamento concordato dalle autorità e dall' agenzie competenti?
- ▶ Quali sono i dati principali della popolazione colpita e quali sono i pericoli noti, i rischi e le vulnerabilità dei rifugi e degli insediamenti?
- ▶ Esiste un piano di emergenza per programmare la risposta?
- ▶ Quale informazione iniziale di valutazione è già disponibile?
- ▶ La valutazione pianificata è inter-agenzia e/o multisettoriale, e include rifugi, insediamenti e generi non alimentari?

#### Dati demografici

- ▶ Quante persone include una famiglia tipo?
- ▶ Quante persone, divise per sesso ed età, all'interno della popolazione colpita dal disastro sono individui che fanno parte delle famiglie ordinarie (come i bambini non accompagnati) o sono parte di particolari gruppi di minoranza, con dimensioni atipiche dei nuclei familiari ?
- ▶ Quante famiglie non dispongono di un rifugio adeguato e dove si trovano tali famiglie?



- ▶ Quante persone, divise per sesso ed età, che non sono membri delle singole famiglie sono senza rifugio o hanno un rifugio inadeguato e dove si trovano tali famiglie?
- ▶ Quante famiglie colpite che non hanno un rifugio adeguato non sono state sfollate e possono essere assistite nel luogo originale delle loro abitazioni?
- ▶ Quante famiglie colpite senza un rifugio adeguato sono state sfollate e richiedono assistenza per un rifugio presso famiglie ospitanti o all'interno di insediamenti collettivi temporanei?
- ▶ Quante persone, divise per sesso ed età, non hanno accesso alle strutture comunali, come scuole, ospedali e centri comunali?

### Rischi

- ▶ Qual è il rischio immediato per la vita a causa della mancanza di un rifugio adeguato, e quante persone sono a rischio?
- ▶ Quali sono i possibili ulteriori rischi per la vita, la salute e la sicurezza della popolazione colpita a causa degli effetti perduranti del disastro o quali sono gli altri rischi noti in merito alla fornitura di rifugi?
- ▶ Quali sono i rischi particolari per le persone vulnerabili, tra cui donne, bambini, minori non accompagnati, le persone con disabilità o malattie croniche, a causa della mancanza di un rifugio adeguato e perché?
- ▶ Qual è l'impatto su tutte le popolazioni ospitanti della presenza delle popolazioni sfollate?
- ▶ Quali sono i potenziali rischi di conflitto o di discriminazione all'interno o tra i gruppi della popolazione colpita?

### Risorse e vincoli

- ▶ Quali sono le risorse materiali, finanziarie e umane delle popolazioni colpite per soddisfare alcune o tutte le loro necessità urgenti di rifugio ?
- ▶ Quali sono i problemi per quanto riguarda la disponibilità di terreno, la loro proprietà e il loro utilizzo per soddisfare le necessità urgenti di rifugio, tra cui gli insediamenti collettivi temporanei, se necessario?
- ▶ Quali sono i problemi che devono affrontare le potenziali popolazioni ospitanti nell' accogliere le popolazioni sfollate all'interno delle loro abitazioni o nei terreni adiacenti?
- ▶ Quali sono le opportunità e i vincoli di utilizzo di edifici o di strutture esistenti, disponibili e non compromessi per ospitare temporaneamente le popolazioni sfollate?
- ▶ Qual è la sostenibilità ambientale topografica e locale nell' utilizzare terreni liberi accessibili per ospitare insediamenti temporanei?

- ▶ Quali sono i requisiti e i vincoli normativi delle autorità locali nello sviluppo di soluzioni per rifugi?

### Materiali, progettazione e costruzione

- ▶ Quali soluzioni iniziali di rifugio o di materiali sono stati forniti fino a oggi dalle popolazioni colpite o da altri soggetti?
- ▶ Quali materiali presenti possono essere recuperati dal sito danneggiato per essere utilizzati nella ricostruzione dei rifugi?
- ▶ Quali sono le pratiche edilizie tipiche della popolazione colpita e quali sono i diversi materiali utilizzati per fornire la struttura portante e il tetto e le recinzioni esterne della parete?
- ▶ Quali alternative di progettazione o soluzioni di materiali sono potenzialmente disponibili e familiari o accettabili per la popolazione colpita?
- ▶ Quali caratteristiche di progettazione sono richieste per garantire l'accesso sicuro e pronto nell'utilizzo di soluzioni di rifugio per tutti i membri della popolazione colpita, in particolare per quelli con difficoltà motorie?
- ▶ Come possono le possibili soluzioni di rifugio individuate minimizzare i rischi e le vulnerabilità future?
- ▶ Come sono in genere costruiti i rifugi e da chi?
- ▶ Come sono ottenuti i materiali da costruzione in genere e da chi?
- ▶ Come possono le donne, i giovani, le persone con disabilità e le persone anziane essere istruite o assistite a partecipare alla costruzione dei propri rifugi e quali sono i vincoli?
- ▶ Sarà richiesta ulteriore assistenza, attraverso la fornitura di volontariato o di assistenza tecnica o di contratti di lavoro, per sostenere gli individui o le famiglie che mancano della capacità o della possibilità di costruire?

### Attività domestiche e mezzi di sostentamento

- ▶ Quali attività di supporto alle famiglie e al sostentamento in genere si svolgono nei pressi o nell'immediata vicinanza dei rifugi della popolazione colpita e come la disposizione dello spazio risultante e della progettazione riflettono queste attività?
- ▶ Quali attività di supporto al sostentamento, sostenibili sia a livello legale che ambientale, possono essere fornite attraverso l'approvvigionamento di materiali e della costruzione di soluzioni di rifugio e di insediamento?

### Servizi essenziali e strutture comunali



- ▶ Qual è l'attuale disponibilità idrica per bere e per l'igiene personale e quali sono le possibilità e le limitazioni nel soddisfare i bisogni igienico-sanitari previsti
- ▶ Qual è la disposizione attuale di strutture sociali (centri sanitari, scuole, luoghi di culto, e così via) e quali sono i vincoli e le opportunità di accesso a tali servizi?
- ▶ Se gli edifici comunali, in particolare le scuole, si utilizzano per il rifugio delle popolazioni sfollate, qual'è il procedimento e l'arco temporale per la loro restituzione all'impiego originale?

### Comunità di accoglienza e impatto ambientale

- ▶ Quali sono i motivi di preoccupazione per la comunità ospitante?
- ▶ Quali sono i problemi di pianificazione organizzativi e fisici nell'accogliere le popolazioni sfollate all'interno della comunità ospitante o all'interno di insediamenti temporanei?
- ▶ Quali sono i problemi ambientali locali in materia di approvvigionamento locale di materiali da costruzione?
- ▶ Quali sono i problemi ambientali locali per quanto riguarda i bisogni della popolazione sfollata di carburante, servizi igienico-sanitari, smaltimento dei rifiuti, pascolo per gli animali, e così via?

## 2 Generi di prima necessità

### Necessità di generi non alimentari

- ▶ Quali sono i generi non alimentari richiesti dalla popolazione colpita?
- ▶ Può qualsiasi genere non alimentare essere ottenuto a livello locale?
- ▶ Si possono utilizzare contanti o voucher?
- ▶ Sarà richiesta l'assistenza tecnica necessaria per completare la fornitura di articoli di supporto al rifugio?

### Vestiaro e coperte

- ▶ Che tipi di vestiario, coperte e biancheria da letto sono tipicamente utilizzati da donne, uomini, bambini e neonati, donne in gravidanza e in allattamento e anziani, e quali sono le particolari considerazioni sociali e culturali?
- ▶ Quante donne e uomini di tutte le età, bambini e neonati dispongono di vestiario, coperte e biancheria da letto inadeguate o insufficienti per

proteggersi dagli effetti avversi del clima e per mantenere la loro salute, la loro dignità e il loro benessere ?

- ▶ Quali sono i rischi potenziali per la vita, la salute e la sicurezza personale, della popolazione colpita in merito alla necessità di un adeguato insieme di vestiario, coperte e biancheria da letto?
- ▶ Quali misure di controllo vettoriale, in particolare la fornitura di zanzariere, garantiscono la salute e il benessere delle famiglie?

### Cucinare e mangiare, fornelli e combustibile

- ▶ A quali posate e utensili per cucinare aveva accesso una famiglia tipo prima del disastro?
- ▶ Quante famiglie non hanno accesso a posate utensili da cucina sufficienti?
- ▶ Come cucinavano e come riscaldavano tradizionalmente le loro case le popolazioni colpite e prima del disastro e dove si cucinava?
- ▶ Quale combustibile è stato utilizzato in genere per la cottura e il riscaldamento prima del disastro e dove si otteneva?
- ▶ Quante famiglie non hanno accesso a fornelli e stufe per cucinare e riscaldarsi, e perché?
- ▶ Quante famiglie non hanno accesso a un adeguato approvvigionamento di combustibile per cucinare e per il riscaldamento?
- ▶ Quali sono le opportunità e i vincoli, in particolare le preoccupazioni di natura ambientale, nell'approvvigionamento di adeguate forniture di combustibile per le popolazioni colpite da disastri e le popolazioni vicine?
- ▶ Qual è l'impatto sulla popolazione colpita dal disastro, e in particolare sulle donne di tutte le età, nell'approvvigionamento di adeguate forniture di combustibile?
- ▶ Quali problemi culturali relativamente al cucinare e al mangiare dovrebbero essere presi in considerazione?

### Strumenti ed equipaggiamento

- ▶ A quali strumenti di base hanno accesso le famiglie per riparare, costruire o mantenere un rifugio?
- ▶ Quali sono le attività di supporto al sostentamento che possono anche utilizzare gli strumenti di base per la costruzione, manutenzione e rimozione di detriti?



- Che tipo di formazione o di attività di sensibilizzazione sono richieste per consentire l'impiego sicuro degli strumenti?

## Riferimenti e ulteriori letture

### Strumenti di Diritto internazionale

The Right to Adequate Housing (Article 11 (1) Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CECSR General Comment 4, 12 December 1991. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (1981); Article 14(2)(h).

Convention on the Rights of the Child (1990); Article 27(3).

International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (1969); Article 5(e)(iii).

International Convention Relating to the Status of Refugees (1954); Article 21.

Universal Declaration of Human Rights (1948); Article 25.

### Generale

Corsellis, T and Vitale, A (2005), Transitional Settlement: Displaced Populations. Oxfam. Oxford.

Davis, J and Lambert, R (2002), Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers. RedR/IT Publications. London.

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2010), Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. New York. [www.ineesite.org](http://www.ineesite.org)

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2008), Shelter Projects 2008. IASC Emergency Shelter Cluster. Geneva.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) (2010), Owner-Driven Housing Reconstruction Guidelines. Geneva.

IFRC and United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat) (2010), Shelter Projects 2009. IFRC. Geneva.

OCHA (2010), Shelter after disaster: strategies for transitional settlement and reconstruction. Geneva.

ProVention Consortium (2007), Tools for Mainstreaming Disaster Risk Reduction: Construction Design, Building Standards and Site Selection, Guidance Note 12. Geneva.



United Nations Disaster Relief Organization (UNDRO) (1982), Shelter After Disaster: Guidelines for Assistance. Geneva.

UNHCR (2007), Handbook for Emergencies. Third Edition. Geneva.

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), UN Refugee Agency (UNHCR), Office of the UN High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Food and Agriculture Organization of the UN (FAO), Norwegian Refugee Council (NRC) (2006), Handbook on the Implementation of the UN Principles on Housing and Property Restitution Rights for Refugees and Displaced Persons (The 'Pinheiro Principles').

World Bank (2010), Handbook for Post-Disaster Housing and Community Reconstruction. Washington DC.

### Insedimenti comuni temporanei

CCCM Cluster (2010), Collective Centre Guidelines. UNHCR and International Organization for Migration. Geneva.

NRC (2008), Camp Management Toolkit. Oslo.

### Ambiente

Kelly, C (2005), Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment in Disasters. Benfield Hazard Research Center, University College London and CARE International. London.

Kelly, C (2005), Checklist-Based Guide to Identifying Critical Environmental Considerations in Emergency Shelter Site Selection, Construction, Management and Decommissioning. ProAct Network and CARE International.

UNHCR (2002), Environmental Considerations in the Life Cycle of Refugee Camps. Geneva.

WWF and American Red Cross (2010), Green Recovery and Reconstruction Toolkit for Humanitarian Aid. Washington DC. [www.worldwildlife.org/what/partners/humanitarian/green-recovery-and-reconstruction-toolkit.html](http://www.worldwildlife.org/what/partners/humanitarian/green-recovery-and-reconstruction-toolkit.html)

### Contante, voucher e valutazioni di mercato

Albu, M (2010), The Emergency Market Mapping and Analysis Toolkit. Practical Action Publishing. Rugby, UK.

Creti, P and Jaspars, S (2006), Cash Transfer Programming in Emergencies. Oxfam. Oxford

International Committee of the Red Cross (ICRC) and IFRC (2007), Guidelines for cash transfer programming. Geneva.

### Persone con disabilità

Handicap International, Disability Checklist for Emergency Response. [www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability\\_checklist\\_booklet\\_01.pdf](http://www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_checklist_booklet_01.pdf)

### Genere

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities: The Gender Handbook in Humanitarian Action. Geneva.

### Sostegno psicosociale

IASC (2007), Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva.

### Scuole ed edifici pubblici

UN International Strategy for Disaster Reduction, INEE, World Bank (2009), Guidance Notes on Safer School Construction.

### Generi non alimentari e di emergenza

IASC Emergency Shelter Cluster (2007), Selecting NFIs for Shelter. Geneva.

IASC Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in humanitarian settings (2009), Decision Tree Diagrams on Factors Affecting Choice of Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Geneva.

ICRC and + IFRC (2009), Emergency Items Catalogue. Third Edition. Geneva.

IFRC and Oxfam International (2007), Plastic Sheeting: a guide to the specification and use of plastic sheeting in humanitarian relief. Oxford.

Inter-Agency Procurement Services Offices (2000), Emergency Relief Items: Compendium of Generic Specifications. Vols 1 and 2. United Nations Development Programme. New York.

OCHA (2004), Tents: A Guide to the Use and Logistics of Family Tents in Humanitarian Relief. Geneva.



# Standard minimi negli interventi sanitari



# Come usare questo capitolo

## Questo capitolo è diviso in due principali sezioni

### Sistemi sanitari

#### Sistemi sanitari essenziali

Un approccio di sistema sanitario per la progettazione, l'implementazione, il monitoraggio e la valutazione dei servizi sanitari è adottato come quadro di riferimento per l'organizzazione dei servizi sanitari durante la risposta ai disastri. Questo è l'approccio migliore per assicurare che i bisogni sanitari prioritari siano identificati e realizzati in maniera efficace ed efficiente. Principi quali il sostegno ai sistemi sanitari nazionali e locali, il coordinamento e la standardizzazione degli strumenti e degli approcci sono sottolineati lungo tutto il capitolo.

I Principi di Protezione e gli Standard Fondamentali devono essere utilizzati coerentemente con questo capitolo.

Sebbene siano concepiti principalmente per formare la risposta umanitaria a un disastro, gli standard minimi possono essere presi in considerazione anche durante la preparazione ai disastri.

Ogni sezione contiene quanto segue:

- **Standard minimi:** sono di natura qualitativa e specificano i livelli minimi da raggiungere nella risposta umanitaria per quanto riguarda la fornitura di servizi sanitari.
- **Le azioni chiave:** sono le attività e gli input suggeriti per aiutare a raggiungere gli standard
- **Gli indicatori chiave:** sono "segnali" che mostrano se lo standard è stato raggiunto. Forniscono un modo per misurare e comunicare i processi ed i risultati delle azioni chiave; fanno riferimento allo standard minimo, non all'azione chiave.
- **Note di orientamento:** includono specifici punti da considerare quando si applicano gli standard minimi, le azioni chiave e gli indicatori chiave nelle differenti situazioni. Sono un'utile guida per affrontare difficoltà pratiche, in quanto punti di riferimento o suggerimenti su questioni prioritarie. Possono altresì includere questioni critiche connesse agli standard, alle azioni o agli indicatori, e descrivere dilemmi, controversie o lacune nelle conoscenze attuali.

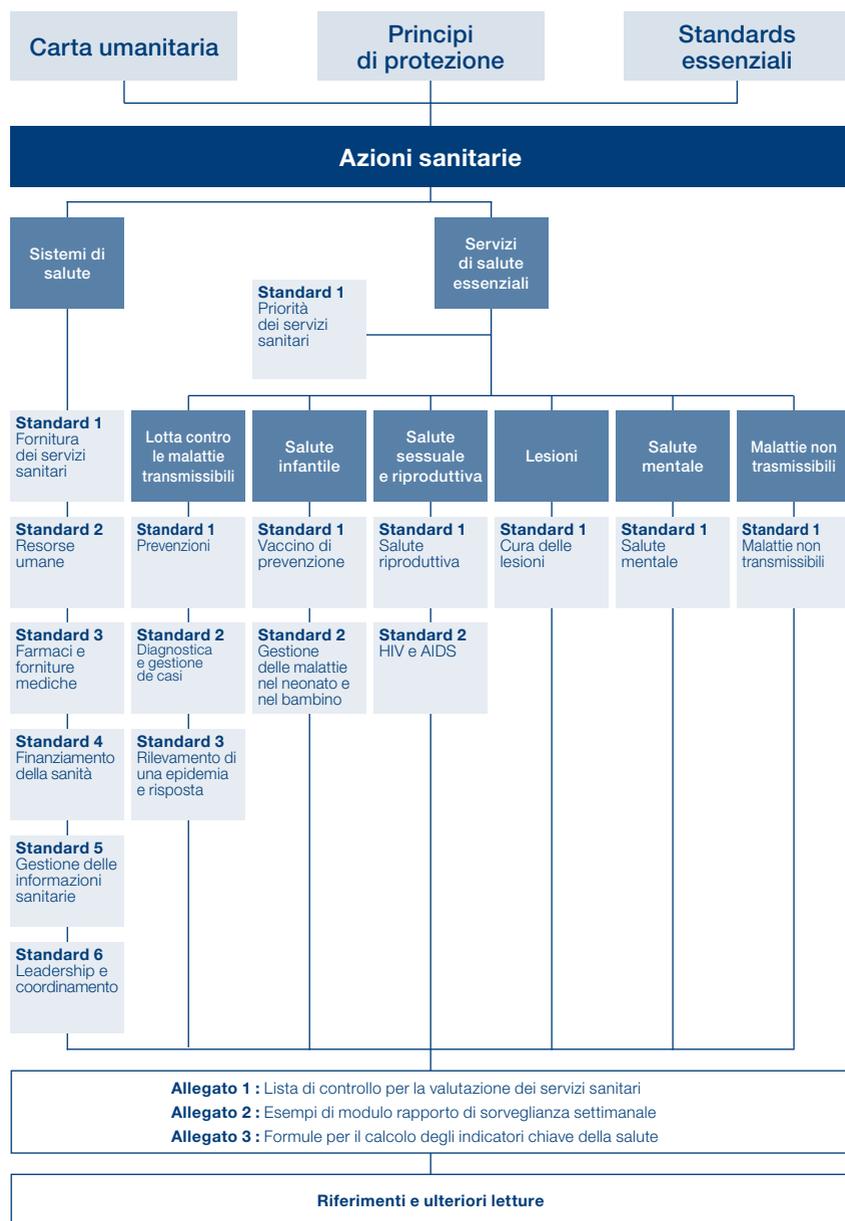
Se le azioni chiave e gli indicatori richiesti non possono essere soddisfatti, devono essere valutate le conseguenze negative che ne derivano per la popolazione colpita e adottate appropriate azioni di mitigazione.

Le appendici alla fine del capitolo includono una lista di controllo per la valutazione dei servizi sanitari, moduli campione per le report di sorveglianza e formule per calcolare gli indicatori chiave della salute. Inoltre è prevista una sezione di riferimenti e ulteriori letture.

# Contenuti

Introduzione .....	333
1. Sistemi sanitari .....	339
2. Servizi sanitari essenziali .....	355
2.1. Servizi sanitari essenziali – Controllo delle malattie transmissibili .....	358
2.2. Servizi sanitari essenziali – Salute infantile .....	368
2.3. Servizi sanitari essenziali – Salute sessuale e trasmissibili .....	372
2.4. Servizi sanitari essenziali – Ferite .....	380
2.5. Servizi sanitari essenziali – Salute mentale .....	383
2.6. Servizi sanitari essenziali – Malattie non trasmissibili .....	386
Allegato 1: Lista di controllo per la valutazione della salute .....	388
Allegato 2: Moduli campione settimanali per i report di sorveglianza .....	391
Allegato 3: Formule per calcolare gli indicatori chiave di salute .....	396
Riferimenti e ulteriori letture .....	398





# Introduzione

## Legami con la Carta umanitaria e la legge internazionale

Gli standard minimi negli interventi sanitari sono una espressione pratica delle convinzioni e degli impegni condivisi dalle organizzazioni umanitarie e dei principi, diritti e doveri comuni che governano l'azione umanitaria e che sono elencati nella Carta Umanitaria. Fondati sul principio di umanità e riflessi nel diritto internazionale, questi principi includono il diritto ad una vita dignitosa, il diritto alla protezione e alla sicurezza, e il diritto a ricevere assistenza umanitaria in base al bisogno. Un elenco di documenti chiave relativi alle disposizioni legali e alle politiche che ispirano la Carta Umanitaria è disponibile per la consultazione nell'Allegato 1 (si veda pag.356), con commenti esplicativi per gli operatori umanitari. Sebbene gli Stati siano i principali portatori di obblighi rispetto ai diritti sopra citati, sono le organizzazioni umanitarie ad avere la responsabilità di lavorare con le popolazioni colpite dai disastri in una maniera che sia coerente con questi diritti. Da questi diritti generali scaturiscono una serie di diritti più specifici. Questi includono i diritti alla partecipazione, all'informazione e alla non-discriminazione che costituiscono la base degli Standard Fondamentali, così come i diritti specifici all'acqua, al nutrimento, all'alloggio e alla salute che suffragano questi e gli standard minimi in questo manuale.

Ognuno ha il diritto alla salute, come sancito da una serie di strumenti giuridici internazionali. Il diritto alla salute può essere assicurato solo se la popolazione è protetta, se i professionisti responsabili del sistema sanitario sono ben formati e legati ai principi etici universali e agli standard professionali, se il sistema nel quale essi lavorano è progettato per soddisfare gli standard minimi di bisogno, e se lo Stato è disposto e capace di stabilire e assicurare queste condizioni di sicurezza e stabilità. Nel periodo di un conflitto armato, ospedali civili e strutture mediche non possono essere in nessun caso oggetto di attacco, e lo staff medico e sanitario ha il diritto di essere protetto. Lo svolgimento di atti o attività che mettono a repentaglio la neutralità delle strutture sanitarie, come portare armi, è proibito.

Gli standard minimi in questo capitolo non sono una piena espressione del diritto alla salute. Ciononostante, gli standard Sphere rispecchiano il contenuto fondamentale del diritto alla salute, specialmente durante le emergenze, e contribuiscono alla realizzazione progressiva di questo diritto su scala globale.



## L'importanza dell'azione sanitaria nei disastri

L'accesso all'assistenza sanitaria è un fattore critico per la sopravvivenza nelle fasi iniziali di un disastro. I disastri hanno quasi sempre un impatto significativo sulla salute pubblica e sul benessere della popolazione colpita. L'impatto sulla salute pubblica può essere descritto come diretto (es. morte per violenza e lesione) o indiretto (es. incremento del tasso di malattie infettive e/o malnutrizione). Questi impatti indiretti sulla salute sono di solito legati a fattori quali l'inadeguata quantità e qualità di acqua, guasti negli impianti igienico-sanitari, interruzione o accesso ridotto ai servizi sanitari e deterioramento della sicurezza alimentare. La mancanza di sicurezza, vincoli di movimento, spostamenti di popolazione e condizioni di vita peggiorate (sovraffollamento e rifugi inadeguati) possono anche rappresentare minacce per la salute pubblica. Il cambiamento climatico sta aumentando potenzialmente la vulnerabilità ed il rischio.

Gli obiettivi primari di risposta umanitaria alle crisi umanitarie sono quelli di prevenire e ridurre l'eccesso di mortalità e le patologie. Lo scopo principale è di mantenere il tasso grezzo di mortalità (CMR) e il tasso di mortalità sotto i 5 anni (U5MR) a, o ridotto a, meno del doppio del tasso base di riferimento documentato per la popolazione, precedentemente al disastro (si veda la tabella di riferimento dei dati base di mortalità per regione, a pag. 311). Diversi tipi di disastro sono associati con differenti scale e modelli di mortalità e patologia (si veda la tabella dell'impatto sulla salute pubblica dei disastri selezionati), perciò i bisogni sanitari che una popolazione colpita necessiterà si differenziano a seconda del tipo e dell'entità del disastro.

Il contributo del settore sanitario è di fornire i servizi sanitari essenziali, inclusi interventi di prevenzione e promozione che sono efficaci nella riduzione dei rischi per la salute. I servizi sanitari essenziali sono interventi sanitari prioritari che sono efficaci nell'affrontare le cause principali di eccesso di mortalità e di morbilità. L'implementazione dei servizi sanitari essenziali deve essere supportata da azioni per rafforzare il sistema sanitario. Il modo in cui gli interventi sanitari sono pianificati, organizzati e condotti in risposta ad un disastro possono sia migliorare che peggiorare l'esistenza dei sistemi sanitari, così come il loro futuro recupero e sviluppo.

Un'analisi sull'esistenza del sistema sanitario è necessaria per determinare il livello di performance del sistema e per identificare i principali vincoli per la fornitura e l'accesso ai servizi sanitari. Nei primi stadi di un disastro, l'informazione potrebbe essere incompleta e le importanti decisioni della sanità pubblica possono essere fatte senza che tutti i dati rilevanti siano disponibili. Una valutazione multisettoriale dovrebbe essere condotta il prima possibile (si veda lo Standard Fondamentale 3 a pag. 61).

La migliore risposta è raggiunta attraverso la migliore preparazione. La preparazione è basata su un'analisi dei rischi ed è ben collegata ai sistemi di allerta

precoce. La preparazione include pianificazione di emergenza, stoccaggio di attrezzature e forniture, istituzione e/o mantenimento dei servizi di emergenza e di accoglienza, comunicazione, gestione dell'informazione e accordi di coordinamento, formazione del personale, pianificazione a livello di comunità, addestramenti ed esercizi. L'applicazione dei codici di costruzione può drammaticamente ridurre il numero delle morti e dei feriti gravi associate a terremoti e/o garantire che le strutture sanitarie rimangano funzionali dopo i disastri.

### **Impatto sulla salute pubblica nei disastri selezionati**

*NB. Anche per tipi specifici di disastri, i modelli di morbilità e mortalità variano in modo significativo da contesto a contesto.*

Effetto	Emergenze complesse	Terremoti	Venti forti (senza allagamento)	Inondazioni	Inondazioni improvvise/tsunami
Morti	Molte	Molti	Poche	Poche	Molti
Lesioni gravi	Varie	Molti	Moderati	Poche	Poche
Aumento del rischio delle malattie trasmissibili	Alte	Varie*	Pochi	Varie*	Varie*
Scarsità alimentare	Comune	Rari	Rari	Variable	Comune
Grandi spostamenti di popolazione	Comune	Rari (possono verificarsi in aree urbane fortemente danneggiate)	Rari (possono verificarsi in aree urbane fortemente danneggiate)	Comune	Variables

\* Dipende dallo spostamento e dalle condizioni di vita della popolazione dopo il disastro  
Fonte: Adattati da Pan American Health Organization, 2000.

## Legami con altri capitoli

A causa degli effetti delle differenti determinanti sullo stato di salute, molti degli standard in altri capitoli sono rilevanti per questo capitolo. Il progresso nel raggiungimento degli standard in un'area spesso influenza e determina il progresso in altre aree. Per una risposta efficace ai disastri, sono necessari stretto coordinamento e collaborazione con altri settori. È anche necessario il coordinamento con le autorità locali, con le altre organizzazioni di risposta e con quelle attive sul campo per assicurarsi che i bisogni siano soddisfatti, che gli sforzi non siano duplicati, che l'utilizzo delle



risorse sia ottimizzato, e che la qualità dei servizi sanitari sia adeguata. Il riferimento a standard specifici o a note di orientamento in altri capitoli tecnici è fatto dove rilevante. Il riferimento è anche fatto in merito agli standard comparativi e complementari.

## Legami con i principi di protezione e gli standard fondamentali

Al fine di raggiungere gli standard di questo Manuale, tutte le organizzazioni umanitarie dovrebbero essere guidate dai Principi di Protezione, anche qualora esse non abbiano un chiaro mandato di protezione o una capacità specializzata in tal senso. I Principi non sono 'assoluti': si riconosce che le circostanze potrebbero limitare il punto fin dove le organizzazioni siano in grado di raggiungerli. Ciononostante, i Principi rispecchiano gli interessi umanitari internazionali che dovrebbero indirizzare l'azione in ogni momento.

Gli Standard Fondamentali sono standard essenziali relativi al processo e al personale, e sono condivisi da tutti i settori. I sei Standard Fondamentali includono: partecipazione, valutazione iniziale, risposta, individuazione degli obiettivi, monitoraggio, valutazione, performance degli operatori umanitari, supervisione e supporto per il personale. Essi forniscono un unico punto di riferimento per gli approcci che suffragano tutti gli altri standard contenuti nel Manuale. Ogni capitolo tecnico, quindi, esige l'utilizzo complementare degli Standard Fondamentali per riuscire a raggiungere i propri standard. In particolare, per assicurare l'appropriatezza e la qualità di qualsiasi risposta, la partecipazione delle popolazioni colpite dai disastri – inclusi i gruppi e gli individui più frequentemente a rischio nei disastri – dovrebbe essere massimizzata.

## Vulnerabilità' e capacità' delle popolazioni colpite dai disastri

Questa sezione è stata pensata per essere letta insieme agli Standard Fondamentali, e per rinforzarli.

È importante comprendere che l'essere giovane o anziano, donna o individuo affetto da disabilità o da HIV non rende, di per sé, una persona vulnerabile o maggiormente a rischio. Piuttosto, è la mutua interazione di fattori ad agire in tal senso: per esempio, un individuo di età superiore ai 70 anni, che vive da solo ed è in cattive condizioni di salute, è probabilmente più vulnerabile di un individuo con la stessa età e nelle stesse condizioni di salute che fa parte di una famiglia

estesa e percepisce un reddito adeguato. Analogamente, una bambina di tre anni è molto più vulnerabile se non è accompagnata, piuttosto che se visse sotto la tutela di genitori responsabili.

Mentre gli standard delle azioni sanitarie e le azioni chiave sono applicati, un'analisi delle vulnerabilità e delle capacità contribuisce ad assicurare che lo sforzo di reazione ai disastri supporti coloro che hanno diritto all'assistenza in maniera non discriminatoria e coloro che ne hanno maggiormente bisogno. Questo richiede una conoscenza approfondita del contesto locale e di come una particolare crisi incida su particolari gruppi di persone in diverse maniere, causate dalle loro vulnerabilità preesistenti (ad es. essere molto poveri o discriminati), dalla loro esposizione a varie minacce per la sicurezza (ad es. violenza di genere, incluso lo sfruttamento sessuale), dall'incidenza o dalla prevalenza di malattie (ad es. HIV o tubercolosi) e dalla possibilità di epidemie (ad es. morbillo o colera). I disastri possono acuire le ineguaglianze preesistenti. Ciononostante, è essenziale supportare le strategie di sopravvivenza delle persone, la loro resilienza le loro capacità di recupero. Devono essere sostenute le loro conoscenze, capacità e strategie, e deve essere promosso il loro accesso ad un supporto sociale, legale, finanziario e psicosociale. Devono essere altresì affrontate le varie barriere fisiche, culturali, economiche e sociali che le persone potrebbero ritrovarsi a fronteggiare in egual misura accedendo a questi servizi.

I seguenti punti sottolineano alcune delle aree chiave che assicureranno che i diritti e le capacità di tutte le persone vulnerabili siano tenuti in considerazione:

- ▶ Ottimizzare la partecipazione delle persone, assicurando che tutti i gruppi rappresentativi siano inclusi, specialmente quelli che sono meno visibili (ad es. gli individui che hanno difficoltà di comunicazione o di mobilità, coloro che vivono presso istituti, giovani stigmatizzati e altri gruppi sottorappresentati o non rappresentati affatto);
- ▶ Disaggregare i dati per sesso e per età (0 – 80+ anni) durante la valutazione, in quanto elemento importante al fine di garantire che il settore sanitario consideri in maniera adeguata la diversità delle popolazioni.
- ▶ Garantire che l'informazione sui diritti sia comunicata in maniera inclusiva e accessibile a tutti membri della popolazione.



## Gli standard minimi

# 1. Sistemi sanitari

L'Organizzazione mondiale della Sanità (WHO) definisce i sistemi sanitari come: “tutte le organizzazioni, istituzioni e risorse che sono destinate alla produzione di azioni sanitarie”. Esso include la gamma completa degli attori impegnati nella fornitura, nel finanziamento, nella gestione dei servizi sanitari, e negli sforzi per influenzare i fattori determinanti la salute così come per fornire servizi sanitari diretti, e comprendere tutti i livelli: centrale, regionale, distrettuale, comunitario e domestico.

Gli standard Sphere del sistema sanitario sono organizzati in conformità con la struttura del sistema sanitario del WHO, consistente in sei blocchi costitutivi: leadership, risorse umane, farmaci e forniture mediche, finanziamento della sanità, gestione delle informazioni sanitarie e erogazione di servizi. Ci sono molte interconnessioni ed interazioni tra ognuna di queste funzioni ed un'azione che colpisce una componente può influenzare le altre. Questi blocchi costitutivi del sistema sanitario sono le funzioni richieste per la fornitura dei servizi sanitari essenziali. Gli interventi sanitari durante la risposta ai disastri dovrebbero essere progettati e implementati in modo da contribuire al rafforzamento dei sistemi sanitari.

### Standard 1 Sistemi sanitari: erogazione dei servizi sanitari

Le persone hanno un accesso equo a servizi sanitari di qualità, efficaci e sicuri, che sono standardizzati e seguono protocolli stabiliti e linee guida.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Fornire servizi sanitari a seconda del livello corrispondente del sistema sanitario. I livelli includono l'ambito domestico e comunitario, le cliniche o i presidi sanitari, centri sanitari e ospedali (si veda la nota di orientamento 1).
- ▶ Adattare o stabilire dei protocolli standardizzati di gestione dei casi per le malattie più comuni, tenendo conto degli standard nazionali e delle linee guida (si veda la nota di orientamento 2).

- ▶ Stabilire o rafforzare un sistema di trasferimento standardizzato e assicurare che sia utilizzato da tutte le agenzie (si veda la nota di orientamento 1).
- ▶ Stabilire o rafforzare un sistema standardizzato di triage in tutte le strutture sanitarie per assicurare che le persone con sintomi gravi ricevano un trattamento immediato.
- ▶ Avviare un'educazione e una promozione sanitaria al livello delle strutture sanitarie e delle comunità (si veda la nota di orientamento 3).
- ▶ Stabilire e seguire un uso sicuro e razionale della fornitura di sangue e di emoderivati (si veda la nota di orientamento 5).
- ▶ Assicurare che i servizi di laboratorio siano disponibili e usati quando indicati (si veda la nota di orientamento 6).
- ▶ Evitare l'istituzione di servizi sanitari alternativi o paralleli, incluse cliniche mobili e ospedali da campo (si vedano le note di orientamento 7-8).
- ▶ Progettare i servizi sanitari in modo da assicurare i diritti dei pazienti alla privacy, alla riservatezza e ad un consenso informato (si veda la nota di orientamento 9).
- ▶ Implementare appropriate misure di gestione dei rifiuti, misure di sicurezza e metodi di controllo delle infezioni nelle strutture sanitarie (si vedano le note di orientamento 10-11 e lo Standard 1 sulla Gestione dei rifiuti solidi a pag. 117).
- ▶ Difarsi dei cadaveri in modo dignitoso, culturalmente appropriato e basato sulle buone pratiche della salute pubblica (si vedano la nota di orientamento 12 e lo Standard 1 sulla Gestione dei rifiuti solidi, e la nota di orientamento 8 a pag. 120).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ È stabilito un numero adeguato di strutture sanitarie per soddisfare i bisogni sanitari essenziali di ogni popolazione colpita da disastro:
  - un' unità sanitaria di base su una popolazione di 10.000 persone (i centri sanitari di base sono in primo luogo strutture sanitarie di base dove vengono offerti servizi sanitari generali)
  - un centro sanitario ogni 50.000 persone
  - un ospedale distrettuale o rurale ogni 250.000 persone
  - più di 10 letti per degenza e maternità su 10.000 persone (si veda la nota di orientamento 1).
- ▶ I tassi di utilizzo delle strutture sanitarie sono di: tra le 2 e le 4 nuove visite per persona per anno tra la popolazione colpita da disastro e più di 1 nuova visita per persona per anno tra popolazioni rurali e sfollate (si vedano la nota



di orientamento 4 e l'Appendice 3: Formule per calcolare gli indicatori chiave della salute).

## Note di orientamento

**1. Livello di assistenza:** Le strutture sanitarie sono classificate per il livello di assistenza in base alle loro dimensioni ed ai servizi forniti. Il numero e la posizione delle strutture sanitarie richieste può variare da contesto a contesto.

I sistemi sanitari devono anche sviluppare un processo per la continuità dell'assistenza. Ciò è raggiunto meglio istituendo un effettivo sistema di trasferimento, specialmente per gli interventi salva-vita. Il sistema di trasferimento dovrebbe funzionare 24 ore al giorno, 7 giorni a settimana.

**2. Standard nazionali e linee guida:** in generale, le agenzie dovrebbero aderire agli standard di salute e alle linee guida del paese dove si sta fornendo la risposta al disastro, inclusi i protocolli di trattamento e le liste di farmaci essenziali. Quando essi sono superati o non riflettono una pratica basata sull'evidenza, gli standard internazionali dovrebbero essere usati come riferimenti e l'agenzia leader del settore sanitario dovrebbe supportare il Ministero della salute (MOH) per aggiornarli.

**3. Promozione della salute:** un attivo programma di promozione di salute comunitaria dovrebbe essere iniziato in consultazione con le autorità sanitarie locali e con rappresentanti della comunità, assicurando una rappresentanza bilanciata di donne e uomini. Il programma dovrebbe fornire informazioni sui principali problemi sanitari, sui rischi sulla salute, sulla disponibilità e posizione dei servizi sanitari, e sui comportamenti che proteggono e promuovono la buona salute, così come definire e scoraggiare le pratiche dannose. Messaggi e materiali sulla salute pubblica dovrebbero utilizzare un linguaggio appropriato e i media dovrebbero essere culturalmente sensibili e facilmente comprensibili. Scuole e spazi a misura di bambino sono sedi importanti per la diffusione dell'informazione e per raggiungere bambini e genitori (si vedano INEE Standard minimi per l'Educazione – Standard 3 sull'accesso e sull'ambiente di apprendimento).

**4. Tasso di utilizzo dei servizi sanitari:** non vi è alcun dato di soglia minima per l'uso dei servizi sanitari, poiché questo varia da contesto a contesto. Tra popolazioni rurali stabili e popolazioni sfollate, i tassi di utilizzo dovrebbero essere almeno 1 nuova visita per persona per anno. Tra le popolazioni colpite da disastro, potrebbero essere previste in media tra le 2 e le 4 visite per persona per anno. Se il tasso è più basso del previsto, potrebbe indicare un accesso inadeguato ai servizi sanitari. Se il tasso è più alto, potrebbe suggerire un eccessivo uso dovuto a specifici problemi di sanità pubblica o una sottovalutazione del target della popolazione. Sull'analisi dei tassi di

utilizzo, idealmente dovrebbero essere date delle considerazioni anche per il loro utilizzo in base a sesso, età, origine etnica e disabilità (si veda l'Appendice 3: Formule per calcolare gli indicatori di salute).

**5. Trasfusione di sangue sicure:** gli sforzi dovrebbero essere coordinati con il Servizio di trasfusione di sangue nazionale (BTS), se ne esiste uno. La raccolta di sangue dovrebbe solo pervenire da donatori volontari non remunerati. Dovrebbe essere stabilita una buona pratica di laboratorio, che includa screening per infezioni trasmissibili tramite trasfusione, determinazione del gruppo sanguigno, test di compatibilità, produzione di componenti del sangue, così come stoccaggio e trasporto di emoderivati. Trasfusioni non necessarie possono essere ridotte attraverso un uso clinico effettivo del sangue, incluso l'uso di alternative alla trasfusione (cristalloidi e colloidali), quando possibile. Uno staff clinico appropriato dovrebbe essere formato per assicurare la fornitura di sangue sicuro ed il suo effettivo uso clinico.

**6. Servizi di laboratorio:** le più comuni malattie trasmissibili possono essere clinicamente diagnosticate (es. diarrea, infezioni respiratorie acute) o con l'assistenza di test diagnostici rapidi o con la microscopia (es. malaria). Il test di laboratorio è più utile per confermare la causa di una sospetta epidemia, per testare la cultura e la sensibilità agli antibiotici così da aiutare le decisioni in merito alla gestione dei casi (es. dissenteria) e selezionare i vaccini laddove l'immunizzazione di massa potrebbe essere indicata (es. meningite). Per alcune malattie non trasmissibili, come il diabete, il test di laboratorio è essenziale per la diagnosi e il trattamento.

**7. Cliniche mobili:** durante alcune catastrofi, potrebbe essere necessario operare in cliniche mobili, al fine di soddisfare il bisogno di popolazioni isolate o nomadi che hanno un accesso limitato alla sanità. Le cliniche mobili si sono anche dimostrate cruciali nell'aumento dell'accesso alle cure durante lo scoppio di un'epidemia, per cui si prevede un gran numero di casi, come per lo scoppio della malaria. Le cliniche mobili dovrebbero essere introdotte solo dopo una consultazione con l'agenzia leader del settore sanitario e con le autorità locali (si veda lo Standard 6 sui sistemi sanitari a pag. 307).

**8. Ospedali da campo:** occasionalmente, gli ospedali da campo potrebbero essere l'unico modo per fornire servizi sanitari quando gli ospedali esistenti sono gravemente danneggiati o distrutti. Tuttavia, è di solito più efficace fornire risorse ad ospedali esistenti così che essi possano iniziare nuovamente a lavorare o a far fronte ad un carico extra. Potrebbe essere appropriato disporre un ospedale da campo per le cure immediate delle lesioni traumatiche (nelle prime 48 ore), cure secondarie per le lesioni traumatiche, le operazioni chirurgiche di routine e le emergenze ostetriche (tra i 3 e i 5 giorni) o come struttura temporanea per sostituire un ospedale locale danneggiato finché non venga ricostruito. Proprio perché gli ospedali da campo sono



altamente visibili, c'è spesso una pressione politica sostanziale da parte dei governi donatori per utilizzarli. Tuttavia, è importante prendere la decisione di impiegare gli ospedali da campo basandola esclusivamente sul bisogno e sul loro valore aggiunto.

**9. Diritti dei pazienti:** le strutture e i servizi sanitari dovrebbero essere progettati in modo da assicurare privacy e riservatezza. Prima di procedure mediche o chirurgiche un consenso informato dovrebbe essere raccolto dai pazienti (o dai loro tutor se questi non sono competenti nel fornirlo). Lo staff sanitario dovrebbe comprendere che il paziente ha il diritto di sapere cosa ogni procedura comporta, così come i benefici attesi, i rischi potenziali, i costi e la durata.

**10. Controllo delle infezioni nell'ambiente sanitario e sicurezza del paziente:** per una risposta efficace durante i disastri, programmi continui di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC) dovrebbero essere rafforzati ad entrambi i livelli nazionali e periferici, e ai differenti livelli delle strutture sanitarie. Tale Programma IPC sulle strutture sanitarie dovrebbe includere:

- Politiche IPC definite (es. routine e ulteriori misure di controllo delle infezioni per affrontare le potenziali minacce)
- Staff tecnico (IPC team) qualificato e dedicato ad eseguire il programma di controllo delle infezioni con uno scopo definito, una funzione e una responsabilità.
- Sistema di sorveglianza e di allerta precoce per il rilevamento dello scoppio di malattie trasmissibili
- Budget definito per le attività (es. la formazione per lo staff) e forniture in risposta ad un'emergenza
- Rafforzamento degli standard di precauzione e di ulteriori precauzioni specifiche definite per una malattia epidemica
- Controlli amministrativi (es. politiche di isolamento), così come controlli ambientali e tecnici (es. miglioramento della ventilazione dell'ambiente)
- Utilizzo dell'equipaggiamento protettivo personale
- Pratiche IPC monitorate e raccomandazioni riesaminate regolarmente.

**11. Rifiuti sanitari:** i rifiuti particolari generati nelle strutture sanitarie possono essere suddivisi in rifiuti infetti non acuminati, acuminati, e rifiuti comuni non infetti. La cattiva gestione dei rifiuti sanitari espone potenzialmente ad infezioni come l'HIV e le epatiti B e C lo staff sanitario, gli addetti alle pulizie, coloro che si occupano dei rifiuti, i pazienti ed altri all'interno della comunità. Al fine di minimizzare il rischio di infezione deve essere attuata un'opportuna

separazione dal punto di origine dei rifiuti fino alla categoria finale delle speciali procedure di smaltimento. Il personale assegnato alla gestione dei rifiuti sanitari dovrebbe essere opportunamente formato e dovrebbe indossare un equipaggiamento protettivo (guanti e scarponi sono i requisiti minimi). Il trattamento dovrebbe essere fatto secondo il tipo di rifiuto: per esempio, rifiuti infettivi non acuminati, così come quelli acuminati, dovrebbero essere entrambi smaltiti in box protetti o inceneriti.

**12. Gestione dei resti dei cadaveri:** quando una catastrofe comporta un'alta mortalità, sarà richiesta la gestione di un gran numero di cadaveri. La sepoltura di un gran numero di resti umani in una fossa comune è spesso basata sulla falsa credenza che essi rappresentano un alto rischio se non sono sepolti o bruciati immediatamente. Solo in alcuni casi particolari (es. morti provocate da colera o febbri emorragiche) i resti umani pongono rischi per la salute e richiedono specifiche precauzioni. Non ci si dovrebbe disfare dei corpi nelle fosse comuni, senza alcun cerimoniale. Le persone dovrebbero avere l'opportunità di identificare i propri familiari e condurre funerali culturalmente appropriati. La sepoltura di massa potrebbe essere una barriera per ottenere i certificati di morte necessari per fare rivendicazioni legali. Quando le persone che devono essere sepolte sono vittime di violenza, le questioni forensi dovrebbero essere considerate (si vedano lo Standard 2 sui rifugi ed insediamenti e la nota di orientamento 3 a pag. 255).

### Standard 2 Sistemi sanitari: risorse umane

I servizi sanitari sono forniti da personale sanitario competente e formato che ha un insieme adeguato di conoscenza e abilità per soddisfare i bisogni sanitari della popolazione.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Rivedere i livelli di consistenza del personale e la sua capacità come componente chiave della valutazione sanitaria di base.
- ▶ Affrontare gli squilibri nel numero del personale, la sua combinazione in merito ad abilità, genere e/o proporzioni etniche dove possibile (si veda la nota di orientamento 1).
- ▶ Supportare gli operatori sanitari locali e integrarli pienamente nei servizi sanitari, tenendo conto delle loro competenze (si veda la nota di orientamento 1).
- ▶ Assicurare adeguati operatori sussidiari per supportare le funzioni in ogni struttura sanitaria.



- ▶ Formare il personale clinico nell'uso dei protocolli clinici e delle linee guida (si veda la nota di orientamento2).
- ▶ Fornire una supervisione di supporto al personale su base regolare, per assicurarsi sulla loro conformità agli standard e alle linee guida, includendo la fornitura di un feedback.
- ▶ Standardizzare i programmi formativi e la loro priorità secondo i bisogni sanitari chiave e le lacune di competenza.
- ▶ Assicurare una remunerazione equa e affidabile per tutti gli operatori sanitari, concordata da tutte le agenzie ed in collaborazione con le autorità sanitarie nazionali.
- ▶ Assicurare un ambiente lavorativo sicuro, includendo igiene di base e protezione per tutti gli operatori sanitari.

### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Ci sono almeno 22 operatori sanitari qualificati (medici, infermieri e ostetriche) su una popolazione di 10.000 abitanti (si veda nota di orientamento 1):
  - almeno un medico su una popolazione di 50.000 abitanti;
  - almeno un infermiere qualificato su una popolazione di 10.000 persone;
  - almeno un'ostetrica su una popolazione di 10.000 persone.
- ▶ C'è almeno un operatore sanitario della comunità (CHW) su una popolazione di 1.000 persone, un supervisore su 10 che visitano a casa ed un supervisore più anziano.
- ▶ Gli operatori sanitari non sono tenuti a visitare costantemente più di 50 pazienti al giorno. Se questa soglia è regolarmente superata, va reclutato del personale clinico sussidiario (si vedano la nota di orientamento 1 e l'Appendice 3: formule per calcolare gli indicatori sanitari chiave).

### Note di orientamento

1. **Livelli del personale:** il personale sanitario include un'ampia gamma di operatori sanitari inclusi medici, infermieri, ostetriche, ufficiali clinici o assistenti medici, tecnici di laboratorio, farmacisti, operatori sanitari di comunità (CHWs), ecc., così come personale di gestione e di supporto. Non c'è consenso circa un livello ottimale degli operatori sanitari in relazione alla popolazione, e questo può variare da contesto a contesto. Tuttavia, c'è una correlazione tra la disponibilità di operatori sanitari e la copertura degli interventi sanitari. Per esempio, la presenza all'interno del personale di una sola operatrice sanitaria o una rappresentanza di un gruppo etnico marginalizzato può significativamente aumentare l'accesso delle donne o delle persone di gruppi minoritari ai servizi sanitari. Lo squilibrio del personale deve essere affrontato attraverso una redistribuzione e/o un reclutamento

degli operatori sanitari verso le aree in cui ci sono lacune critiche in relazione ai bisogni sanitari (si veda lo Standard Fondamentale 6 a pag. 71).

2. **Formazione e supervisione dello staff:** gli operatori sanitari dovrebbero avere una formazione appropriata, abilità e supporto supervisionato per il loro livello di responsabilità. Le agenzie hanno l'obbligo di formare e supervisionare il personale per assicurare che la sua conoscenza sia aggiornata. La formazione e la supervisione saranno altamente prioritarie specialmente laddove lo staff non abbia ricevuto un'educazione continua o dove nuovi protocolli siano stati introdotti. Per quanto possibile, i programmi formativi dovranno essere standardizzati e prioritari secondo i bisogni sanitari chiave e le lacune di competenza identificate attraverso la supervisione. Dovrebbero essere mantenuti dei dati relativamente a chi è stato formato riguardo a cosa, da chi, quando e dove. Questi dovrebbero essere condivisi con la sezione delle risorse umane delle autorità sanitarie locali (si veda lo Standard fondamentale 6 a pag. 71).

### Standard 3 sistemi sanitari: medicine e forniture mediche

Le persone hanno accesso ad una fornitura costante di farmaci essenziali e materiali di consumo.

### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Rivedere le liste esistenti di farmaci essenziali del paese colpito da disastro, nel primo stadio della risposta, per determinare la loro appropriatezza (si veda la nota di orientamento1).
- ▶ Stabilire e approvare una lista standardizzata di farmaci essenziali e di equipaggiamento medico che contiene articoli appropriati ai bisogni sanitari e al livello di competenza degli operatori sanitari (si vedano le note di orientamento 1-2).
- ▶ Stabilire o adattare un efficace sistema di gestione dei farmaci (si veda la nota di orientamento 3).
- ▶ Assicurare che farmaci essenziali per il trattamento di malattie comuni siano disponibili.
- ▶ Accettare donazioni di farmaci solo se seguono linee guida riconosciute a livello internazionale. Non fare uso di donazioni che non seguono tali linee guida e smaltirle in modo sicuro.



**Indicatori chiave** (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Nessuna struttura sanitaria è priva dei farmaci essenziali selezionati e prodotti traccianti per più di una settimana (si veda la nota di orientamento 4).

**Note di orientamento**

1. **Lista dei farmaci essenziali:** la maggior parte dei paesi ha una lista stabilita di farmaci essenziali. Questo documento dovrebbe essere rivisto, quando necessario, in consultazione con le autorità sanitarie principali nella prima fase della risposta al disastro, per determinarne la sua appropriatezza. Occasionalmente, modifiche delle liste dei farmaci essenziali potrebbero essere necessarie, ad es. se c'è un'evidenza di resistenza agli antimicrobici consigliati. Se una lista aggiornata non è ancora esistente, le linee guida stabilite dal WHO dovrebbero essere seguite, ad es. la lista modello del WHO sui farmaci essenziali. L'uso dei kit standard preconfezionati dovrebbe essere limitato alla fase iniziale della catastrofe.
2. **Equipaggiamento medico:** le cure dovrebbero essere fatte definendo una lista dell'attrezzatura necessaria, disponibile per i differenti livelli di sanità. Ciò dovrebbe essere anche legato alle competenze richieste per il personale.
3. **Gestione dei farmaci:** le agenzie sanitarie necessitano di stabilire un efficiente sistema di gestione dei farmaci. L'obiettivo di un tale sistema è di assicurare l'efficienza, i costi effettivi e l'uso razionale di farmaci di qualità, stoccaggio e corretto smaltimento dei farmaci scaduti. Questo sistema dovrebbe essere basato sui 4 elementi chiave del ciclo della gestione dei farmaci: selezione, approvvigionamento, distribuzione e uso.
4. **Prodotti traccianti:** questi includono una lista di farmaci chiave o essenziali che sono selezionati per valutare regolarmente il funzionamento del sistema di gestione dei farmaci. Gli articoli selezionati come prodotti traccianti dovrebbero essere rilevanti per le priorità del servizio sanitario locale e dovrebbero essere disponibili sempre e per tutte le strutture sanitarie. Esempi includono amoxicillina e paracetamolo.

**Standard 4 sistemi sanitari: finanziamento sanitario**

Le persone hanno accesso a servizi sanitari primari gratuiti per la durata del disastro.

**Azioni chiave** (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Identificare e mobilitare le risorse finanziarie per fornire servizi sanitari gratuiti al momento della fornitura per le persone colpite da disastro (si veda la nota di orientamento 1).
- ▶ Dove le tasse sono pagate attraverso il sistema governativo, prendere accordi per una loro abolizione o sospensione temporanea per la durata della risposta al disastro (si veda la nota di orientamento 2).
- ▶ Fornire supporto tecnico e finanziario al sistema sanitario per coprire ogni lacuna finanziaria creata dall'abolizione e/o sospensione delle tasse e per far fronte alla crescente domanda di servizi sanitari (si veda la nota di orientamento 1).

**Indicatori chiave** (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ I servizi sanitari primari sono forniti alla popolazione colpita da disastro gratuitamente in tutte le strutture governative e non governative, per la durata della risposta al disastro.

**Note di orientamento**

1. **Il finanziamento della sanità:** il costo della fornitura dei servizi sanitari essenziali varia in base al contesto. Tale contesto include l'esistenza del sistema sanitario, la popolazione colpita da disastro e i bisogni sanitari specifici determinati dal disastro. Secondo la commissione del WHO sulla Macroeconomia e sulla Salute, la fornitura di un pacchetto minimo di servizi sanitari essenziali richiederebbe una spesa di almeno 40 \$ USA per persona all'anno nei paesi a basso reddito (dati del 2008). La fornitura di servizi sanitari negli ambienti colpiti da disastro incorre probabilmente in costi più alti che in ambienti stabili.
1. **Il pagamento dell'utenza** si riferisce ai pagamenti diretti da parte dei beneficiari al momento dell'erogazione del servizio. Il pagamento dell'utenza impedisce l'accesso alla sanità e fa sì che ci siano persone povere e vulnerabili che non sempre ricorrono all'assistenza sanitaria adeguata quando è necessario. Il principio umanitario di base è che i servizi e i beni forniti dalle agenzie umanitarie dovrebbero essere esenti dal pagamento per i destinatari. In contesti in cui ciò non è possibile, fornire ai membri della popolazione colpita contanti e/o voucher può essere considerato per consentire l'accesso ai servizi sanitari (si veda lo Standard 1 sulla sicurezza alimentare- trasferimenti di contanti e voucher a pag. 200). La rimozione del costo dell'utenza deve essere accompagnata da altre misure per sostenere il sistema sanitario a compensare la rinuncia alle entrate e l'aumento dell'utilizzo (es. pagando incentivi allo staff sanitario, fornendo ulteriori forniture di medicinali). L'accessibilità



e la qualità dei servizi devono essere monitorati dopo la rimozione dei costi dell'utenza.

### Standard 5 sistemi sanitari: gestione dell'informazione sanitaria

La progettazione e la fornitura dei servizi sanitari sono guidati dalla raccolta, analisi, interpretazione e utilizzo dei rilevanti dati pubblici sanitari.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Decidere sull'uso dell'esistente sistema di informazione sanitaria (HIS), la sua adattabilità o l'uso di un HIS alternativo (si veda la nota di orientamento 1).
- ▶ Quando rilevante, condurre valutazioni ed indagini per raccogliere informazioni che non sono disponibili tramite l' HIS e sono fondamentali per decidere sulle priorità dei servizi sanitari (si veda la nota di orientamento 2).
- ▶ Sviluppare e/o utilizzare delle definizioni standard di caso per tutte le malattie e le condizioni sanitarie oggetto di informativa e assicurarsi che siano utilizzate da tutte le agenzie.
- ▶ Progettare sistemi di sorveglianza e di allerta precoci (EWARN) per l'individuazione di focolai come componenti dell'HIS e strutturarli sull' esistente HIS quando possibile (si vedano lo standard 3 Servizi sanitari essenziali – controllo delle malattie trasmissibili a pag. 316 e l'Appendice 2: Moduli campione settimanali per le report di sorveglianza).
- ▶ Identificare e riportare le malattie prioritarie e le condizioni sanitarie attraverso l' HIS.
- ▶ Tutte le agenzie coinvolte nella risposta concordano ed utilizzano una figura comune, come la popolazione (si veda la nota di orientamento 3).
- ▶ Le strutture sanitarie e le agenzie presentano i dati sulla sorveglianza ed altri dati del HIS all'agenzia principale su base regolare. La frequenza di questi rapporti varierà a seconda del contesto ed del tipo di dati, ad es. giornalieri, settimanali, mensili.
- ▶ L'utilizzo di dati supplementari in modo coerente da altre fonti rilevanti, come i sondaggi, per interpretare i dati di sorveglianza e guidare il processo decisionale (si veda la nota di orientamento 2).
- ▶ Prendere precauzioni adeguate per la protezione dei dati per garantire i diritti e la sicurezza degli individui e/o delle popolazioni (si veda la nota di orientamento 4).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Tutte le strutture sanitarie e le agenzie forniscono regolarmente un rapporto HIS all'agenzia principale entro 48 ore dalla fine del periodo di riferimento.
- ▶ Tutte le strutture sanitarie e le agenzie riportano casi di malattie a rischio epidemico entro le 24 ore dall'insorgenza della malattia (si veda lo standard 3 sui servizi sanitari essenziali – controllo delle malattie trasmissibili a pag. 316).
- ▶ L'agenzia principale produce un rapporto regolare di informazione sulla situazione sanitaria generale, incluse analisi ed interpretazioni di dati epidemiologici, così come un rapporto sulla copertura ed utilizzo dei sistemi sanitari.

#### Note di orientamento

1. **Sistema di informazione sanitaria:** un sistema di sorveglianza dovrebbe essere costruito sull'esistente HIS quando possibile. In alcuni disastri, potrebbe essere richiesto un nuovo o parallelo HIS. Ciò è determinato da una valutazione della performance e dell'adeguatezza dell'esistente HIS e dell'informazione sui bisogni per il disastro corrente. Durante la risposta al disastro, i dati sanitari dovrebbero includere, ma non essere limitati a, quanto segue:
  - morti registrate dalle strutture sanitarie incluse le morti al di sotto dei 5 anni
  - mortalità proporzionale
  - causa specifica di mortalità
  - tassi di incidenza per le patologie più comuni
  - morbilità proporzionale
  - tasso di utilizzo della struttura sanitaria
  - numero di consultazioni al giorno per medico.
2. **Fonti dei dati:** l'interpretazione e l'uso dei dati della struttura sanitaria necessitano di tener conto della fonte dell'informazione e dei suoi limiti. L'uso dei dati supplementari per il processo decisionale è essenziale in un HIS generale, per esempio stime sulla prevalenza di malattie o l'informazione sul comportamento in ambito sanitario. Altre fonti di dati che potrebbero migliorare le analisi includono le ricerche basate sulla popolazione, rapporti di laboratorio e misurazioni della qualità del servizio. Ricerche e valutazioni devono seguire criteri di qualità riconosciuti a livello internazionale e utilizzare strumenti e protocolli standardizzati e, dove possibile, essere sottoposti ad un processo di revisione tra pari.
3. **Disaggregazione dei dati:** i dati dovrebbero essere suddivisi per sesso, età, vulnerabilità di individui particolari, popolazioni colpite e ospitanti, e contesto (es. un accampamento in confronto con una situazione di non



accampamento), fin tanto che sia utile per guidare il processo decisionale. Una suddivisione dettagliata potrebbe essere difficile durante le fasi iniziali di un'emergenza. Tuttavia, i dati sulla mortalità e sulla morbilità dovrebbero essere almeno separati per quanto riguarda i bambini sotto i 5 anni. Quando il tempo e le condizioni lo consentono, suddivisioni più dettagliate dovrebbero essere intraprese per aiutare ad individuare potenziali disuguaglianze e persone vulnerabili (si veda lo Standard Fondamentale 3 a pag. 61).

4. **Riservatezza:** adeguate precauzioni dovrebbero essere prese per la sicurezza dell'individuo, così come per gli stessi dati. I membri dello staff non dovrebbero mai condividere le informazioni relative ai pazienti con qualcuno che non è direttamente coinvolto nella cura, senza il loro permesso. Una considerazione speciale dovrebbe essere fatta per le persone con menomazioni psichiche o sensoriali, che potrebbero compromettere la loro capacità di fornire un consenso informato. I dati che si riferiscono a lesioni causate da tortura o da altre violazioni dei diritti umani, inclusa la violenza sessuale, devono essere trattati con la massima cura. Una considerazione potrebbe essere fatta sul trasmettere quest'informazione ad attori o istituzioni appropriati se l'individuo concede il suo consenso informato (si vedano lo Standard 1 sui sistemi sanitari a pag. 296 e il Principio di protezione 1, le note di orientamento 7-12 a pag. 35).

Si veda l'Appendice 2 per il campione di mortalità, forme di monitoraggio dell'EWARAN e della patologia. Si veda l'Appendice 3 per le formule per calcolare gli indicatori sanitari chiave.

### Sistemi sanitari Standard 6: Leadership e coordinamento

Le persone hanno accesso ai servizi sanitari che sono coordinati attraverso agenzie e settori per ottenere il massimo impatto

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Assicurare che i rappresentanti del Ministero della Salute (MOH) guidino o per lo meno siano strettamente coinvolti nel coordinamento del settore sanitario, quando possibile.
- ▶ Quando il MOH manca della capacità necessaria o della volontà di fornire una leadership nella risposta, un'agenzia alternativa con la capacità richiesta deve essere identificata per prendere la guida nel coordinamento del settore sanitario (si vedano le note di orientamento 1-2).

- ▶ Tenere regolari incontri di coordinamento sanitario tra partner locali ed esterni, a livello centrale, sub-nazionale e di campo, all'interno del settore sanitario, e tra il settore sanitario ed altri settori e appropriati gruppi tematici trasversali (si vedano le note di orientamento 3 e lo Standard Fondamentale 2 a pag. 58).
- ▶ Chiarire e documentare le responsabilità e le capacità specifiche di ogni agenzia sanitaria per assicurare una copertura ottimale della popolazione (si veda la nota di orientamento 1).
- ▶ Stabilire gruppi di lavoro all'interno del meccanismo di coordinamento sanitario quando una situazione particolare potrebbe richiederlo (es. prevenzione e risposta ad un focolaio, salute riproduttiva).
- ▶ Produrre e diffondere regolarmente aggiornamenti e bollettini del settore sanitario.

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ L'agenzia principale ha sviluppato un documento di strategia di risposta del settore sanitario per interventi prioritari e definisce il ruolo delle agenzie leader e partner all'inizio della risposta all'emergenza (si veda la nota di orientamento 2).



## Note di orientamento

1. **Agenzia sanitaria responsabile:** il Ministero della salute dovrebbe essere a capo delle agenzie sanitarie e ed essere responsabile nel guidare la risposta del settore sanitario. In alcune situazioni, il MOH potrebbe mancare di capacità o di volontà nell'assumere il ruolo di leadership in modo efficace ed imparziale. In questa situazione, il WHO, in quanto principale agenzia dell'ambito sanitario globale, si assumerà questa responsabilità. Occasionalmente, quando sia il MOH che il WHO mancano di capacità, un'altra agenzia potrebbe essere richiesta per coordinare le attività. L'agenzia sanitaria principale dovrebbe assicurare che le agenzie sanitarie coinvolte nella risposta si coordinino con le autorità sanitarie locali e che supportino le capacità dei sistemi sanitari locali (si veda lo Standard Fondamentale 2 a pag. 58).
2. **Strategia del settore sanitario:** un'importante responsabilità dell'agenzia sanitaria leader è di sviluppare una strategia globale per la risposta all'emergenza all'interno del settore sanitario. Idealmente, dovrebbe essere prodotto un documento che specifichi le priorità e gli obiettivi del settore sanitario e delinea le strategie per raggiungerli. Questo documento dovrebbe essere sviluppato dopo una consultazione con le agenzie rilevanti e le rappresentanze della comunità assicurando un processo il più possibile inclusivo.
3. **Incontri di coordinamento** dovrebbero essere orientati all'azione e fornire un forum in cui l'informazione sia condivisa, le priorità siano identificate e monitorate, strategie sanitarie comuni siano sviluppate e adattate, compiti specifici siano assegnati e protocolli ed interventi standardizzati siano concordati. Essi dovrebbero essere usati per assicurare che tutti i partner sanitari l'uso di denominatori comuni e altre figure rilevanti, strumenti, linee guida e standard, quando possibile. Gli incontri dovrebbero essere tenuti più frequentemente all'inizio del disastro.

## 2. Servizi sanitari essenziali

I servizi sanitari essenziali sono servizi preventivi e curativi, appropriati per affrontare i bisogni delle popolazioni colpite da disastri. Questi servizi includono interventi che sono per lo più efficaci nella prevenzione e nella riduzione della mortalità, data da malattie trasmissibili e non, dalle conseguenze di un conflitto e da catastrofi su larga scala. Durante i disastri, il tasso di mortalità può essere estremamente alto e l'identificazione di quelle che sono le cause maggiori della morbidità e della mortalità è un fattore importante per poter designare quelli che possono essere i servizi sanitari essenziali appropriati. Questa parte del capitolo riguardante la salute, delinea gli standard dei servizi sanitari essenziali categorizzati in sei sezioni: controllo delle malattie trasmissibili; salute infantile; salute sessuale e riproduttiva; lesioni; salute mentale; malattie non trasmissibili.

### Standard 1 Servizi sanitari essenziali: servizi sanitari prioritari.

Le persone hanno accesso ai servizi sanitari che sono prioritari per affrontare le principali cause di mortalità e morbidità..

### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- Raccogliere e analizzare i dati relativi ai problemi di salute e ai rischi, con l'obiettivo di targeting delle maggiori cause di mortalità e morbidità, in coordinamento con le autorità sanitarie locali (si veda lo Standard Fondamentale 3 a pag.61).
- Identificare le persone vulnerabili (ad es. donne, anziani, bambini, persone con disabilità ecc.) che potrebbero essere soggette a particolari rischi (si veda il Principio di Protezione 2 a pag. 36).
- Dare priorità e implementare i servizi sanitari che siano appropriati, realizzabili ed efficaci a ridurre la morbidità e mortalità, in collaborazione con le autorità sanitarie locali (si veda la nota di orientamento 1).
- Identificare le barriere che impediscono l'accesso ai servizi sanitari prioritari e stabilire soluzioni pratiche per affrontarle (si veda la nota di orientamento 2).



- Implementare i servizi sanitari prioritari in coordinamento con tutti gli altri settori e/o gruppi e temi trasversali (si veda lo Standard Fondamentale 2 a pag.58).

### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- Il tasso grezzo di mortalità (CMR) è mantenuto o ridotto a meno del doppio del tasso di riferimento documentato per la popolazione prima del disastro (si veda la nota di orientamento 3).
- Il tasso di mortalità sotto i 5 anni (U5MR) è mantenuto o ridotto a meno del doppio del tasso di riferimento documentato per la popolazione prima del disastro (si veda la nota di orientamento 3).

### Note di orientamento

- Servizi sanitari prioritari** sono i servizi essenziali effettivi per affrontare le maggiori cause di morbidità e mortalità. Questi possono variare a seconda del contesto, del tipo di calamità e dell'impatto. Per quanto possibile, i servizi sanitari prioritari devono essere basati sul principio pratico fondato sull'evidenza e devono avere benefici dimostrabili per la salute pubblica. Una volta che il tasso di mortalità scende verso i livelli di base, una gamma maggiormente comprensiva dei servizi sanitari può essere introdotta nel corso del tempo (si veda lo Standard Fondamentale 4 a pag.65).
- Accesso ai servizi per la sanità** dovrebbe essere basato sui principi di uguaglianza e imparzialità e assicurare uguale accesso a seconda dei bisogni senza alcuna discriminazione. In pratica, l'assunzione e la ripartizione del personale per i servizi sanitari devono essere organizzate per assicurare un accesso e una copertura ottimali. Le particolari necessità delle persone vulnerabili devono essere affrontate quando vengono progettati i servizi sanitari. Le barriere all'accesso possono essere fisiche, finanziarie, culturali e/o comportamentali, ma anche di comunicazione. È essenziale identificare e superare queste barriere all'accesso dei servizi sanitari prioritari (si vedano lo Standard Fondamentale 3 a pag.61 e i Principi di protezione 2 a pag. 36).
- Tasso grezzo di mortalità e di mortalità sotto i 5 anni.** Il tasso grezzo di mortalità (CMR) è il più utile indicatore sanitario per monitorare e valutare la gravità di un'emergenza. Un tasso che sia il doppio o più di quello base della mortalità indica un'emergenza significativa per la salute pubblica, che richiede una risposta immediata. Quando il tasso base è sconosciuto o di dubbia validità, le agenzie devono mirare a mantenere il tasso di mortalità almeno sotto a 1.0/10,000 al giorno. Il tasso di mortalità sotto i 5 anni è un indicatore più sensibile del tasso grezzo di mortalità. Quando il tasso base

è sconosciuto o di dubbia validità, le agenzie devono mirare a mantenere il tasso di mortalità sotto i 5 anni almeno sotto a 2.0/10,000 al giorno (si veda Appendice 3: formule per calcolare gli indicatori chiave per la sanità).

### Mortalità Baseline per regione

Regione	Regione tasso di mortalità (morti / 10,000 / giorno)	Tasso di mortalità Soglia di emergenza	Tasso di mortalità sotto i 5 anni (morti / 10,000 / giorno)	Tasso di mortalità sotto i 5 anni (soglia di emergenza)
Africa sub-sahariana	0,41	0,8	1,07	2,1
Medio Oriente e Nord Africa	0,16	0,3	0,27	0,5
Sud Asia	0,22	0,4	0,46	0,9
Asia dell'Est e Pacifico	0,19	0,4	0,15	0,3
America Latina e Caraibi	0,16	0,3	0,15	0,3
Europa centrale e dell'est/CIS e paesi baltici	0,33	0,7	0,14	0,3
Paesi industrializzati	0,25	0,5	0,03	0,1
Paesi in via di sviluppo	0,22	0,4	0,44	0,9
Paesi meno sviluppati	0,33	0,7	0,82	1,7
Mondo	0,25	0,5	0,40	0,8

\* CSI: Comunità degli Stati Indipendenti.

Fonte: UNICEF, State of the World's Children 2009 (dati del 2007)



## 2.1. Servizi sanitari essenziali – controllo delle malattie trasmissibili

La morbilità e la mortalità dovute alle malattie trasmissibili tendono ad aumentare con i disastri. In molti luoghi colpiti da conflitti, tra il 60 e il 90% delle morti sono state attribuite a 4 maggiori cause infettive: infezioni respiratorie acute; diarrea; morbillo e malaria laddove endemiche. L'acuta malnutrizione aggrava queste malattie, specialmente nei minori di 5 anni. I focolai di malattie trasmissibili sono molto meno comunemente associate con l'insorgere di disastri naturali. Nel caso dei focolai, questi sono generalmente associati a fattori di rischio come lo sfollamento di popolazioni, il sovrappopolamento, i rifugi inadeguati, l'acqua insufficiente e insalubre, inadeguati servizi igienico-sanitari.

### Standard 1 Servizi sanitari essenziali-controllo delle malattie trasmissibili: prevenzione delle malattie trasmissibili

Le persone hanno accesso alle informazioni e ai servizi per la prevenzione delle malattie trasmissibili che contribuiscono per lo più agli eccessi di morbilità e mortalità.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Sviluppare ed implementare delle misure generali di prevenzione in coordinamento con i settori rilevanti (si veda la nota di orientamento 1).
- ▶ Implementare appropriati metodi di controllo dei vettori per la malaria, la febbre Dengue e altre malattie trasmesse da vettori che dipendono da epidemie locali (si vedano le note di orientamento 2-3).
- ▶ Implementare misure per la prevenzione di specifiche malattie, ad esempio vaccini di massa contro il morbillo, come indicato (si veda lo Standard 1 sui Servizi sanitari essenziali - salute infantile a pag.321).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ L'incidenza delle maggiori malattie trasmissibili rilevanti per il conteso è stabile (non cresce).

#### Note di orientamento

1. **Misure di prevenzione generale:** queste includono buona pianificazione del sito, approvvigionamento d'acqua pulita e appropriati servizi sanitari,

accesso a servizi igienici, vaccinazioni contro specifiche malattie, fornitura di cibo sufficiente e sano, controllo dei vettori e protezione personale, educazione alla sanità nella comunità e mobilitazione sociale. Molti di questi interventi sono da svilupparsi in coordinamento con altri settori, inclusi:

- Rifugi: un numero adeguato di rifugi e sufficiente spazio tra essi, adeguatamente ventilati, a prova di insetti e collocati lontano dall'acqua stagnante, e abbastanza vicino all'acqua sana e alle strutture sanitarie (si vedano gli Standard 1-3 sui rifugi ed insediamenti a pag. 249-258 e lo Standard 2 sui generi di prima necessità, a pag. 271).
- Acqua, servizi sanitari, igiene: sufficienti quantità di acqua pulita, adeguate strutture sanitarie e promozione delle pratiche igieniche (si vedano gli Standard 1-2 sulla Promozione delle pratiche igieniche a pag. 91-94, gli Standard 1-3 sulla Fornitura di acqua a pag.97-103 e gli Standard 1-2 sullo Smaltimento degli escrementi a pag. 105-107).
- Sanità ambientale, gestione sicura dei rifiuti e controllo dei vettori (si vedano le note di orientamento 2-3, lo Standard 4 sui Rifugi ed insediamenti a pag.262, gli Standard 1-3 sul Controllo dei vettori a pag.111-116, lo Standard 1 sulla Gestione dei rifiuti solidi a pag.117 e sul Drenaggio a pag.121).
- Sicurezza alimentare, nutrizione e assistenza nutrizionale - accesso a cibo adeguato e gestione della malnutrizione (si vedano gli Standard 1-2 sull'Alimentazione di neonati e bambini a pag.159-160, gli Standard 1-3 sulla Gestione della malnutrizione acuta e delle carenze di micronutrienti a pag.165-173 e lo Standard 1 sulla Sicurezza alimentare a pag.176).
- Educazione alla sanità e mobilitazione sociale: sviluppare dei messaggi per assicurare l'effettiva implementazione delle misure citate per la prevenzione.
- **Prevenzione della malaria** implementare i metodi di prevenzione della malaria secondo il rischio di infezione, la fase dell'emergenza e la mobilità della popolazione, il tipo di rifugi e la condotta del vettore locale in una regione con malaria endemica. Le misure di controllo del vettore, come l'irrorazione degli ambienti interni (IRS – Indoor residual spraying) con un insetticida efficace e la distribuzione di zanzariere trattate con insetticidi duraturi (LLINs), possono essere guidate da valutazioni e perizie entomologiche. Per essere effettiva come misura di controllo collettiva, l'IRS richiede almeno la copertura dell'80% delle abitazioni. La distribuzione delle zanzariere trattate con insetticidi è la scelta standard, fornisce alle persone una protezione a lungo termine. La distribuzione di zanzariere non trattate non è raccomandabile (si vedano lo Standard 2 sui Generi di prima necessità a pag.271 e gli Standard 1-3 sul Controllo dei vettori a pag.111-116). La priorità della distribuzione delle zanzariere trattate ai gruppi a rischio dipende dalla fase del disastro e



dal livello di trasmissione della malaria. Nella fase iniziale del disastro nelle aree soggette a una trasmissione medio/alta della malaria, i pazienti degli ospedali, persone gravemente malnutrite e i membri delle loro famiglie, donne incinte e bambini minori di 2 anni devono essere la priorità. La priorità successiva sono coloro che sono iscritti nel programma di alimentazione supplementare, i bambini minori di 5 anni, i familiari delle donne incinta e i bambini minori di 2 anni. Alla fine l'intera popolazione a rischio richiederà la protezione data dalle zanzariere trattate. Nella fase iniziale del disastro nelle aree a bassa trasmissione, le zanzariere trattate devono essere usate nelle cliniche (ad esempio in centri residenziali terapeutici per l'alimentazione e negli ospedali).

- **Prevenzione della febbre Dengue** il controllo del vettore (larvale ed adulto) è il principale metodo per la prevenzione della Dengue. Il controllo del vettore della Dengue dovrebbe essere guidato da dati di controllo sulla distribuzione dei casi umani e sulla densità del vettore. I luoghi più produttivi per la riproduzione dei vettori, che variano di luogo in luogo, necessitano di essere individuati. Nelle aree urbane, la razza delle zanzare *Aedes* si accumula nelle scorte d'acqua e in altri contenitori di accumulo dell'acqua (contenitori di plastica, pneumatici usati, bottiglie rotte, vasi di fiori, ecc.). Drenaggi periodici e rimozione dei contenitori sono il metodo più efficace per ridurre il numero delle zone di riproduzione. Le scorte d'acqua stagnante nelle case dovrebbero essere coperte tutto il tempo e i contenitori lavati settimanalmente. Le popolazioni colpite da disastri dovrebbero essere provviste di contenitori per l'acqua con coperchi. Anche il trattamento dei contenitori con adeguati larvicidi è efficace nell'eliminare le larve. L'insetticida è utile invece per ridurre il numero delle zanzare adulte. Anche le misure per la protezione personale devono essere promosse (si vedano lo Standard 2 sui Generi di prima necessità a pag. 271 e gli Standard 1-3 sul Controllo dei vettori a pag.111-116).

### Standard 2 Servizi sanitari essenziali - controllo delle malattie trasmissibili: diagnosi delle malattie trasmissibili e gestione dei casi.

Le persone hanno accesso a diagnosi effettive e ai trattamenti per quelle malattie infettive che contribuiscono più significativamente a prevenire eccessi di mortalità e morbilità.

**Azioni chiave** (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- Sviluppare messaggi di educazione alla salute pubblica per incoraggiare le persone ad una ricerca sollecita di cure per febbre, diarrea, tosse ecc.
- Fornire assistenza sanitaria a tutte le strutture sanitarie di primo livello basate sui protocolli standard di gestione dei casi, o sulla "gestione integrata delle malattie infantili" (IMCI) e "gestione integrata delle malattie negli adulti" (IMAI), dove ci si riferisce alla cura per la gestione delle malattie gravi (si veda la nota di orientamento 1).
- Eseguire i protocolli di triage, diagnosi e gestione dei casi per il trattamento precoce di condizioni come la polmonite, la diarrea, la malaria, la meningite, il morbillo, la malnutrizione e la febbre Dengue, e formare il personale sui protocolli di trattamento (si vedano le note di orientamento 2-3 e lo Standard 2 sui Servizi sanitari essenziali-salute infantile a pag.323).
- Introdurre programmi per il controllo della tubercolosi solo dopo aver soddisfatto i criteri riconosciuti (si veda la nota di orientamento 4).

**Indicatori chiave** (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- I protocolli standardizzati di gestione dei casi per la diagnosi e il trattamento delle malattie infettive comuni sono facilmente disponibili e costantemente usati (si vedano le note di orientamento 1-3 e lo standard 1 sul Sistema sanitario a pag. 296).



## Note di orientamento

1. **Gestione integrata delle malattie infantili e delle malattie degli adulti:** la mortalità data dalle malattie trasmissibili può essere ridotta tramite diagnosi tempestive ed accurate e appropriati trattamenti. L'uso di IMCI e IMAI dove attuati, o altri algoritmi diagnostici nazionali, sono importanti per il triage e per classificare le malattie secondo il tipo e la gravità, e per aiutare a somministrare gli appropriati trattamenti. Segni di pericolo sono indicatori per il trasferimento a una struttura ospedaliera. I protocolli di gestione di casi standard permettono appropriate diagnosi e l'uso di medicinali appropriati (si veda lo Standard 2 sui Servizi sanitari essenziali- salute infantile a pag.323).
2. **Polmonite:** la chiave per ridurre la mortalità causata dalla polmonite è la somministrazione tempestiva di antibiotici orali come l'amoxicillina, come prescritto dai protocolli nazionali. La polmonite grave richiede le cure ospedaliere e la terapia parentale.
3. **Malaria:** l'accesso ad un trattamento tempestivo ed effettivo è la chiave per un controllo di successo della malaria. Nelle regioni affette da malaria, è necessario stabilire un protocollo tempestivo (meno di 24 ore) per la diagnosi della febbre e per i trattamenti con farmaci di prima linea, altamente efficaci. Le terapie a base di artemisinina (ACTs) sono la norma per i trattamenti della malaria falciparum. La scelta dei medicinali deve essere determinata in consultazione con l'agenzia sanitaria responsabile ed il programma nazionale per il controllo della malaria. Al momento dei rifornimenti deve essere considerata la qualità delle medicine. La malaria deve preferibilmente essere diagnosticata da test di laboratorio (un rapido test diagnostico, con microscopio) prima dell'inizio del trattamento. Tuttavia, il trattamento clinico per la malaria non deve essere ritardato nel caso in cui la diagnosi del laboratorio non sia disponibile.
4. **Controllo della tubercolosi (TB):** programmi di controllo della TB scarsamente attuati possono potenzialmente nuocere più che aiutare, prolungando le infezioni e contribuendo al diffondersi di bacilli multi resistenti. Mentre la gestione di singoli pazienti con la tubercolosi può essere possibile durante un disastro, un programma comprensivo di controllo della tubercolosi può essere attuato solo se si soddisfano i criteri riconosciuti. Questi criteri includono l'impegno e le risorse dell'agenzia, una stabilità della popolazione assicurata per almeno 12-15 mesi e la messa a disposizione di un programma di buona qualità. Quando attuato, il programma per il controllo della TB deve essere integrato con il programma nazionale e seguire la Directly-Observed Therapy e la Short-course Strategy. Nelle fasi acute di un'emergenza, la potenziale interruzione di tutti i trattamenti per le malattie croniche, inclusa la tubercolosi, e l'interruzione nel controllo dei pazienti possono essere un problema significativo. Deve esserci una forte collaborazione tra coloro che lavorano alle emergenze sanitarie e il programma nazionale predefinito per

la TB. Questo può aiutare a assicurare che le persone che sono già state inserite nel programma di trattamento prima del disastro lo continuino (si veda lo Standard 1 sui Servizi sanitari essenziali- malattie non trasmissibili a pag.336).

**Standard 3 Servizi sanitari essenziali-** controllo delle malattie trasmissibili: rilevamento dell'epidemia e risposta.

## Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

### Rilevamento

- ▶ Stabilire un sistema di risposta, controllo, e di allerta precoci (EWARN) per la malattia, basato su una valutazione integrale del rischio delle malattie trasmissibili, come parte del più ampio sistema di informazione sulla salute (si vedano la nota di orientamento 1 e lo Standard 5 sui Sistemi sanitari a pag.305).
- ▶ Formare il personale sanitario e la comunità dei lavoratori sanitari per rilevare e registrare eventuali epidemie.
- ▶ Fornire la popolazione di semplici informazioni sui sintomi delle malattie, possibilmente epidemiche, e su dove andare per chiedere aiuto.

### Preparazione

- ▶ Preparare un'indagine sullo scoppio dell'epidemia e un piano di risposta (si veda la nota di orientamento 2).
- ▶ Assicurare che i protocolli per l'indagine e il controllo delle epidemie comuni, inclusi i protocolli per i trattamenti rilevanti, sono disponibili e distribuiti al personale addetto.
- ▶ Assicurare che le scorte di riserva dei materiali essenziali siano disponibili per le malattie prioritarie o possano essere procurate rapidamente da una fonte già identificata (si veda la nota di orientamento 3).
- ▶ Identificare in precedenza i luoghi per l'isolamento e per il trattamento dei pazienti infetti, ad esempio i centri per il trattamento del colera.



- ▶ Identificare un laboratorio, o locale, regionale, nazionale o in un altro paese, che può fornire la conferma dello scoppio delle epidemie (si veda la nota di orientamento 4).
- ▶ Assicurare che i materiali di campionamento e i mezzi di trasporto siano disponibili in loco per far fronte agli agenti patogeni infetti con più probabilità di causare un'epidemia improvvisa (si veda la nota di orientamento 5).

### Controllo

- ▶ Descrivere le epidemie in relazione al tempo, al luogo e alle persone, per l'identificazione dei soggetti ad alto rischio e delle misure di controllo adeguate (si vedano le note di orientamento 6-8).
- ▶ Implementare le misure di controllo appropriate che sono specifiche per la malattia e il contesto (si veda la nota di orientamento 9).

### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Un'indagine scritta sull'epidemia e un piano di risposta sono disponibili, o sviluppati, all'inizio della risposta ai disastri.
- ▶ Le agenzie sanitarie riportano al successivo, appropriato, livello del sistema sanitario un'epidemia sospetta entro 24 ore dalla rilevazione.
- ▶ L'agenzia sanitaria responsabile inizia l'indagine sui casi riportati delle malattie probabilmente endemiche entro 48 ore dalla notifica.
- ▶ Tasso di letalità dei casi (CFRs) deve essere mantenuto al di sotto di livelli accettabili:
  - Colera: 1% o meno
  - Dissenteria: 1% o meno
  - Tifo: 1% o meno
  - Meningite: dal 5 al 15%
  - Malaria: nel caso di malati gravi si mira ad un tasso inferiore al 5%
  - Morbillo: dal 2 al 21% riportato durante i conflitti, altrimenti si tende ad un tasso inferiore al 5% (si veda la nota di orientamento 10).

### Note di orientamento

1. **Sistema di allarme precoci per la rilevazione dell' epidemie:** gli elementi chiave di questo sistema includono:
  - Una rete di partner di attuazione
  - L'implementazione di tutte le strutture sanitarie e a livello della comunità, se possibile
  - Valutazione integrale dei rischi di tutte le malattie potenzialmente endemiche
  - Identificazione, basata sulla valutazione dei rischi, di un numero esiguo

- di condizioni prioritarie (10/12) per la sorveglianza settimanale e un numero selezionato di malattie che siano riportate con un'allerta immediata (si veda l'Appendice 2: Moduli campione settimanali per le report di sorveglianza)
  - Definizione chiare dei casi di ogni malattia o condizione nel formulario standard di sorveglianza.
  - Le soglie di allerta sono definite per ogni malattia prioritaria o condizione per iniziare l'indagine.
  - Le comunicazioni devono assicurare una rapida notifica di allerta formale o non (voci, report dei media, ecc.) alle autorità rilevanti per la salute.
  - Un sistema per la registrazione e la risposta immediata all'allerta.
  - Il resoconto dei dati entra nel database standard e nelle analisi con cadenza settimanale.
  - Feedback sulla sorveglianza settimanale e sulle informazioni relative alle allerte immediate a tutti i collaboratori.
  - Supervisione regolare per assicurare la qualità dei dati così come la tempestività e la completezza del resoconto.
  - Protocolli e moduli standard di indagine.
  - Procedure standard per la condivisione delle informazioni e per l'inizio della risposta all'epidemia.

2. **Piano di controllo e indagine dell' epidemia:** questo deve essere preparato con la piena partecipazione di tutti gli interessati. I seguenti problemi andrebbero affrontati.
  - Convenire un criterio secondo cui deve essere convocato un team di controllo per lo scoppio dell'epidemia.
  - La composizione del team di controllo.
  - Gli specifici ruoli e responsabilità delle organizzazioni e delle posizioni nel team.
  - Le modalità di consultazione e di condivisione delle informazioni a livello locale e nazionale.
  - Le risorse e le strutture disponibili per l'indagine e la risposta alle epidemie.
  - La lista delle medicine essenziali, delle forniture e della diagnostica necessarie.
3. **Scorte di riserva:** le riserve in loco devono includere materiale da usare in risposta alle epidemie. Un kit pre-confezionato per malattie diarroiche o per il colera possono essere necessari in alcune circostanze. Potrebbe non essere pratico tenere delle scorte in loco, come ad esempio il vaccino per la meningite. Per questi articoli, le procedure per l'approvvigionamento tempestivo, per le spedizioni e lo stoccaggio devono essere determinate prima, così che possano essere facilmente procurati.
4. **Consultazione dei laboratori:** i test di laboratorio sono utili per confermare le diagnosi durante una sospettata epidemia per cui l'immunizzazione di massa può essere indicata (es. meningite) o dove la cultura o la sensibilità ai test antibiotici possono influenzare la decisione per la gestione dei casi



(es. sigellosi). La consultazione del laboratorio può essere identificata o a livello regionale o internazionale, a seconda di quale possa offrire sostegno con mezzi più sofisticati, per esempio con una diagnosi sierologica del morbillo, febbre gialla, febbre Dengue, e febbri emorragiche virali.

5. **Mezzi di trasporto e test rapidi:** i materiali di campionatura (ad esempio i tamponi rettali) e i mezzi di trasporto (Cary-Blair per il colera, sigellosi, E.coli e salmonella) e il materiale per il trasporto, che appartiene alla catena del freddo, dovrebbero essere disponibili in loco o prontamente accessibili. In aggiunta, parecchi test rapidi devono essere disponibili e possono essere utili per l'analisi delle malattie trasmissibili, incluse malaria e meningite.
6. **Indagine dell'epidemie:** i dieci step chiave per l'indagine dell'epidemie sono:
  - 1) Stabilire l'esistenza di un'epidemia
  - 2) Confermare la diagnosi
  - 3) Definire il caso
  - 4) Contare i casi
  - 5) Descrivere le epidemie (tempo, persone, luogo)
  - 6) Determinare chi è a rischio
  - 7) Sviluppare ipotesi spiegando le malattie e l'esposizione
  - 8) Valutare le ipotesi
  - 9) Comunicare i risultati
  - 10) Attuare le misure di controllo

Questi step non necessitano di essere attuati secondo alcun ordine fisso e le misure di controllo deve essere attuate il prima possibile.
7. **Conferma dell'esistenza di un'epidemia:** non è sempre chiaro determinare se un'epidemia è presente, e non esistono definizioni chiare che identifichino le soglie dell'epidemie per tutte le malattie. Tuttavia esistono delle soglie per le malattie qui riportate:
  - Malattie per cui un singolo caso può determinare un'epidemia: colera, morbillo, febbre gialla, febbre emorragica virale.
  - Malattie per cui un'epidemia è sospettabile nel caso di, o in decessi dovuti a, una malattia che eccede il numero previsto per il luogo, o è il doppio della media settimanale; sigellosi - in regioni non endemiche e nei campi rifugiati, un singolo caso di sigellosi può potenzialmente generare un'epidemia.
  - Malaria- le definizioni sono specifiche per la situazione. Un aumento del numero dei casi superiore a quello che ci si aspetta rispetto a quel periodo dell'anno in una determinata popolazione, in un'area definita, può indicare un'epidemia. Senza dati storici i segnali di avvertimento includono un considerevole aumento nella proporzione dei casi di febbre, che sono confermati come per la malaria nelle due settimane precedenti, e un aumento dei casi di morte rispetto alle settimane precedenti.
  - Meningite meningococco: per le popolazioni di 30.000 persone, 15casi/100.000persone/a settimana; comunque, con un alto rischio di

epidemia (cioè con un'assenza di epidemie per più di 3 anni e vaccinazione che copre più dell'80%) la soglia è ridotta a 10casi/100.000persone/ a settimana. Nelle popolazioni di meno di 30.000 abitanti, cinque casi in una settimana o il doppio dei casi su un periodo di 3 settimane confermano un'epidemia. In un campo, due casi confermati in una settimana indicano un'epidemia.

- Dengue - l'aumento dei casi di febbre nelle due settimane passate che mostrano un aumento del livello di IgG (basato su una coppia di test di campioni consecutivi di siero) di un paziente febbrile con 3-5 giorni di influenza e una diminuzione di piastrine (minore di 20,000).
8. **Risposte all'epidemie:** le componenti chiave delle risposte all'epidemie sono: coordinamento, gestione dei casi, sorveglianza e epidemiologia, laboratori, specifiche misure di prevenzione come miglioramenti dei sanitari e degli impianti idrici a seconda delle malattie, comunicazione dei rischi, mobilitazione sociale, relazioni dei media e gestione delle informazioni, logistica e sicurezza.
  9. **Misure di controllo:** le misure di controllo devono essere specificatamente sviluppate per fermare la trasmissione dell'agente che causa l'epidemia. Spesso, una conoscenza preesistente dell'agente, può guidare la determinazione delle misure appropriate di controllo in situazioni specifiche. In generale, le attività di risposta includono il controllo delle fonti e/o la prevenzione dell'esposizione ( ad es. aumentando le fonti d'acqua per prevenire il colera), interrompendo l'esposizione e/o prevenendo l'infezione (ad es. attraverso la vaccinazione di massa per prevenire il morbillo, o l'utilizzo di zanzariere trattate contro la malaria) e modificando le difese del portatore(ad es. attraverso la diagnosi tempestiva e i trattamenti, o attraverso la chemioprolifassi) (si vedano lo Standard 5 sui Sistemi sanitari a pag.305, gli Standard 1-2 sulla Fornitura di acqua a pag. 97-100, gli Standard 1-2 sulla Promozione delle pratiche igieniche a pag. 91-94 e gli Standard 1-3 sul Controllo dei vettori a pag.111-116).
  10. **Tasso di mortalità:** il tasso di mortalità accettabile per le malattie trasmissibili dipende dal contesto generale,dall'accessibilità ai servizi sanitari e dalla qualità e rapidità della gestione dei casi. In generale, si mira alla massima riduzione possibile del tasso. Se il tasso di mortalità eccede il livello minimo aspettato, una valutazione immediata delle misure di controllo deve essere effettuata, e si devono seguire degli step correttivi in modo da assicurare che questo tasso venga mantenuto a livelli accettabili.

## 2.2. Servizi sanitari essenziali-salute infantile

Durante le emergenze, i bambini sono i più vulnerabili rispetto ai crescenti tassi di morbilità e mortalità. Affrontare i loro specifici bisogni richiede un focus di intervento mirato. Gli interventi per la salute dei bambini includono quelli dedicati alle



maggiori cause dell'eccessiva morbilità e mortalità, incluse le infezioni respiratorie acute, la diarrea, il morbillo, la malnutrizione e cause neo-natali.

### Standard 1 servizi essenziali per la salute - salute infantile: prevenzione delle malattie prevenibili dal vaccino.

Bambini tra i 6 mesi e i 15 anni sono immuni dal morbillo e hanno accesso ai servizi di routine all'interno del Programma Esteso di Immunizzazione (Expanded Programme on Immunization – EPI), una volta che la situazione è stabile.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Fare una stima della copertura dei vaccini per il morbillo tra i bambini dai 9mesi ai 15 anni all'inizio della risposta al disastro, per determinare il rischio di epidemie (si veda la nota di orientamento 1).
- ▶ Quando la copertura del vaccino per il morbillo è inferiore al 90% o sconosciuta, bisogna condurre una vaccinazione di massa per i bambini tra i 6mesi e i 15anni, inclusa la somministrazione della Vitamina A ai bambini tra i 6 e i 59 mesi (si veda le note di orientamento 1-2).
- ▶ Assicurare che tutti i bambini vaccinati tra i 6 e i 9 mesi ricevano un'altra dose di vaccino per il morbillo al raggiungimento del nono mese (si veda la nota di orientamento 3).
- ▶ Per le popolazioni nomadi o sfollate, stabilire un sistema che perduri per assicurare che almeno il 95% dei nuovi arrivati in un campo o in una comunità, tra i 6mesi e i 15 anni, ricevano una vaccinazione contro il morbillo.
- ▶ Ristabilire il programma di immunizzazione (EPI) il prima possibile per immunizzare regolarmente i bambini contro il morbillo e altre malattie prevenibili dal vaccino, incluse nell'elenco nazionale (si veda la nota di orientamento 4).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Fare una stima della copertura dei vaccini per il morbillo tra i bambini dai 9mesi ai 15 anni all'inizio della risposta al disastro, per determinare il rischio di epidemie (si veda la nota di orientamento 1).
- ▶ Quando la copertura del vaccino per il morbillo è inferiore al 90% o sconosciuta, bisogna condurre una vaccinazione di massa per i bambini tra i 6mesi e i 15anni, inclusa la somministrazione della Vitamina A ai bambini tra i 6 e i 59 mesi (si veda le note di orientamento 1-2).

- ▶ Assicurare che tutti i bambini vaccinati tra i 6 e i 9 mesi ricevano un'altra dose di vaccino per il morbillo al raggiungimento del nono mese (si veda la nota di orientamento 3).
- ▶ Per le popolazioni nomadi o sfollate, stabilire un sistema che perduri per assicurare che almeno il 95% dei nuovi arrivati in un campo o in una comunità, tra i 6mesi e i 15 anni, ricevano una vaccinazione contro il morbillo.
- ▶ Ristabilire il programma di immunizzazione (EPI) il prima possibile per immunizzare regolarmente i bambini contro il morbillo e altre malattie prevenibili dal vaccino, incluse nell'elenco nazionale (si veda la nota di orientamento 4).

#### Note di orientamento

1. **Copertura del vaccino per il morbillo:** determinare la copertura del vaccino per il morbillo nelle popolazioni colpite attraverso la revisione dei dati per l'immunizzazione. Basandosi su questa revisione, si determina se la regolare copertura per l'immunizzazione per il morbillo è stata maggiore o uguale al 90% rispetto ai 5 anni precedenti e/o se la campagna di vaccinazione contro il morbillo condotta nei precedenti 12 mesi ha raggiunto almeno il 90% dei bambini tra i 9mesi e i 5anni di età. Se la copertura della vaccinazione contro il morbillo è minore del 90%, se rimangono incognite o dubbi riguardo alla copertura stimata, la campagna deve essere effettuata sul presupposto che la copertura sia inadeguata per prevenire l'epidemia.
2. **Fasce di età per la vaccinazione contro il morbillo:** i bambini più grandi potrebbero essere sfuggiti sia alla campagna preventiva di vaccinazione del morbillo che al morbillo stesso. Questi bambini rimangono a rischio di morbillo e possono essere fonte di infezione per neonati e bambini piccoli che sono sottoposti a un più alto rischio di morte per la malattia. Questa è la ragione per cui si raccomanda la vaccinazione sino all'età di 15 anni. Nei luoghi poveri di risorse, può non essere possibile vaccinare tutti i bambini tra i 6mesi e i 15 anni. In tali circostanze, la priorità deve essere data ai bambini tra i 6 e i 59 mesi. Tutti i bambini in questo target di età dovrebbero essere resi immuni dal morbillo senza riguardo al loro stato precedente di immunità.
3. **Ripetizione della vaccinazione contro il morbillo per i bambini tra i 6 e i 9 mesi:** tutti i bambini tra i 6 e i 9 mesi che hanno ricevuto la vaccinazione contro il morbillo devono riceverne una dose aggiuntiva prima di raggiungere i 9 mesi di età, con almeno un mese di distacco tra le due dosi.
4. **Ristabilimento del Programma nazionale di immunizzazione (EPI):** contemporaneamente alla preparazione della campagna di vaccinazione di massa contro il morbillo, devono iniziare dei piani per ristabilire il Programma di immunizzazione in coordinamento con le autorità nazionali. Il tempestivo



ristabilimento del Programma di immunizzazione e vaccinazione non solo protegge i bambini direttamente contro le malattie come il morbillo, la difterite e la pertosse, ma ha il valore aggiunto di ridurre il rischio di infezioni respiratorie.

### Standard 2 servizi sanitari essenziali- salute infantile: gestione delle malattie dei neonati e dei bambini

I bambini hanno accesso ai servizi sanitari prioritari progettati per affrontare le maggiori cause di morbilità e mortalità dei neonati e dei bambini.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Pianificare messaggi di educazione alla salute per incoraggiare le popolazioni colpite a cercare la cura tempestiva per ogni malattia (febbre,raffreddore, diarrea ecc) dei neonati. Nella pianificazione dei messaggi di educazione alla salute, bisogna considerare i bambini che non hanno un adulto ad accudirli (si vedano lo Standard 1Sistemi sanitari e la nota di orientamento 3 a pag.298).
- ▶ Fornire assistenza neonatale essenziale a tutti i neonati in accordo, laddove possibile, con le linee guida della Gestione integrata delle gravidanze e dei parti (Integrated Management of Pregnancy and Childbirth – IMPAC) (si veda la nota di orientamento 2).
- ▶ Provvedere alla cura sanitaria dei bambini nelle strutture sanitarie di primo livello usando il protocollo nazionale, o le linee guida della Gestione integrata delle malattie infantili (IMCI) dove in uso e le cure ospedaliere per i bambini gravemente malati (si veda la nota di orientamento 2).
- ▶ Stabilire un sistema standardizzato per la valutazione delle emergenze e per il triage in tutte le strutture sanitarie provvedendo alla cura dei bambini malati, assicurandosi che quelli che presentano segni di emergenza ricevano trattamenti immediati (si veda la nota di orientamento 3).
- ▶ Assicurare che ai bambini che ricevono assistenza sanitaria sia controllato lo stato nutrizionale e siano riportati ai servizi nutrizionali (si vedano gli Standard 1-3 sulla Gestione della malnutrizione acuta e delle carenze di micronutrienti a pag.165-173).
- ▶ Stabilire un protocollo sull'appropriata gestione dei casi per il trattamento della difterite e della pertosse in situazioni in cui il rischio di epidemie di queste malattie è alto (si veda la nota di orientamento 6).
- ▶ Rendere accessibili le medicine essenziali per il trattamento delle malattie infantili comuni negli appropriati dosaggi e formulazioni.

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Tutti i bambini minori di 5 anni affetti da malaria hanno ricevuto il trattamento anti-malaria entro 24 ore dall'inizio dei sintomi (si veda lo Standard 2 sui Servizi sanitari essenziali-controllo delle malattie trasmissibili a pag.314).
- ▶ Tutti i bambini minori di 5 anni che presentano la diarrea hanno ricevuto sia i Sali per la reidratazione per via orale (ORS), sia il supplemento di zinco (si veda la nota di orientamento 3).
- ▶ Tutti i bambini sotto i 5 anni che presentano la polmonite hanno ricevuto gli appropriati antibiotici (si veda la nota di orientamento 5).

#### Note di orientamento

1. **Cura dei neonati:** teoricamente tutti i neonati devono ricevere assistenza qualificata alla nascita (preferibilmente in strutture sanitarie), essere tenuti al caldo e ed essere allattati esclusivamente al seno. Tutti i neonati devono essere assistiti per ogni problema, in particolare per le difficoltà nutritive. Tutti i neonati malati devono essere assistiti per possibili sepsi ed infezioni locali.
2. **Gestione integrata delle malattie infantili(IMCI):** la gestione integrata delle malattie infantili è un approccio integrato per la salute dei bambini che si focalizza sulla cura dei minori di 5 anni relativamente al primo livello di cura. Dove la gestione integrata delle malattie infantili è stata sviluppata in un paese, e sono state adottate le linee guida cliniche, queste linee guida devono preferibilmente essere incorporate con protocolli standardizzati ed operatori sanitari addestrati in maniera appropriata.
3. **Triage:** la gestione integrata delle malattie infantili e le linee guida di riferimento per la cura possono essere implementate quando usate in combinazione con il triage rapido ed il trattamento. Il triage è lo smistamento dei pazienti in gruppi di priorità a seconda delle loro necessità mediche, delle risorse disponibili e delle loro possibilità di sopravvivenza. Lo staff clinico coinvolto nella cura dei bambini malati deve essere formato usando le linee guida del Triage di Emergenza, Accertamento e Trattamento(ETAT) per condurre una valutazione rapida.
4. **Gestione della diarrea:** i bambini con la diarrea devono essere trattati con i sali per la reidratazione per via orale con bassa osmolarità e devono ricevere supplementi di zinco. I sali per la reidratazione per via orale e la bassa osmolarità diminuiscono la durata degli episodi di diarrea e riducono il bisogno di liquidi per via endovenosa.
5. **Gestione della polmonite:** i bambini con la tosse devono essere soggetti a una valutazione per la respirazione veloce e/o difficile e al trattenimento toracale. Quelli soggetti a respirazione veloce e/o a difficoltà respiratorie



devono ricevere antibiotici orali appropriati. Coloro che presentano criticità pettorali devono essere trasferiti in ospedale

- 6. Epidemie di pertosse e difterite:** epidemie di pertosse sono comuni nelle popolazioni sfollate. Una campagna di vaccinazione in risposta a un'epidemia di pertosse viene di solito evitata a causa di preoccupazioni circa gli effetti indesiderati tra i pazienti più anziani che ricevono il vaccino a cellula intera DPT. Tuttavia un'epidemia può essere il punto d'inizio per colmare le lacune dei meccanismi di immunizzazione. La gestione dei casi include il trattamento antibiotico e il trattamento profilattico tempestivo relativamente ai contatti con i familiari, se ci sono bambini o donne incinte. Le epidemie di difterite sono meno comuni, ma rappresentano sempre una minaccia per le popolazioni in ambienti affollati con bassa immunità alla difterite. Le campagne di vaccinazione di massa con tre dosi separate di vaccino sono state condotte nei campi in risposta a un'epidemia di difterite. La gestione del caso include la somministrazione sia di antibiotici che di anti-tossine.

## 2.3. Servizi sanitari essenziali- salute sessuale e riproduttiva

Tutti gli individui, inclusi quelli che vivono in aree colpite da disastri, hanno il diritto alla salute riproduttiva (RH). Per esercitare questo diritto, le popolazioni colpite devono avere accesso a una informazione completa riguardo la salute riproduttiva e accesso ai servizi che permettano di compiere scelte libere e consapevoli. La qualità dei servizi per la salute riproduttiva deve basarsi sui bisogni delle popolazioni colpite. Questi servizi devono rispettare le credenze religiose, i valori etici e i background culturali della comunità, sebbene si debbano offrire servizi conformi agli standard universalmente riconosciuti dai diritti umani internazionali.

### Standard 1 servizi sanitari essenziali- salute sessuale e riproduttiva: salute riproduttiva

Le persone hanno accesso ai servizi sanitari riproduttivi prioritari del Pacchetto minimo essenziale di servizio (Minimum Initial Service Package – MISP), all'inizio di un'emergenza e ad una salute riproduttiva completa quando la situazione si stabilizza.

### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- Identificare un'agenzia guida per la sanità riproduttiva all'interno del settore sanitario o un gruppo di agenzie per facilitare il coordinamento e

l'attuazione del MISP e assicurare che gli operatori per la salute riproduttiva (nominati dall'agenzia guida per la sanità riproduttiva) siano in loco e lavorino congiuntamente al settore o al gruppo sanitario (si veda la nota di orientamento 1).

- Attuare le misure per ridurre il rischio di violenze sessuali, in coordinamento con altri settori o gruppi rilevanti (si veda la nota di orientamento 3).
- Assicurarsi i servizi per la gestione clinica delle violenze sessuali, inclusi l'accesso ai servizi per la cura mentale, il supporto psicologico e l'assistenza legale (si vedano la nota di orientamento 3, il Principio di protezione 2 e la nota di orientamento 7 a pag.37).
- Stabilire il set minimo per la prevenzione dell' HIV, il trattamento, la cura e i servizi di supporto per ridurre la trasmissione dell'HIV (si veda lo Standard 2 sui Servizi sanitari essenziali- salute sessuale e riproduttiva pag.328).
- Assicurarsi che l'ostetrico di emergenza e che i servizi di cura per i neonati siano disponibili e accessibili, incluso: nei centri sanitari-personale ostetrico competente e forniture per parti nella norma e per la gestione base delle emergenze ostetriche e delle complicanze neonatali; la cura base delle emergenze ostetriche (BEmOC) e dei neonati; negli ospedali di riferimento- personale medico specializzato e forniture per la gestione completa di complicazioni ostetriche e neonatali; assistenza completa per le emergenze ostetriche e neonatali; un sistema di comunicazione e di trasporto per gestire le emergenze ostetriche e neonatali deve essere stabilito e funzionante 24 ore al giorno, sette giorni a settimana, dalla comunità al centro sanitario e tra il centro e l'ospedale di riferimento (si veda la nota di orientamento 4).
- Fornire "Clean Delivery Kits", materiali per permettere che il parto sia igienico al di fuori delle cliniche, alle donne visibilmente incinta e alle assistenti al parto a domicilio, quando l'accesso alle strutture sanitarie e ai servizi degli operatori sanitari qualificati non sono possibili (si veda la nota di orientamento 4).
- Informare la popolazione sui benefici e sull'accessibilità dei servizi clinici per le vittime di violenze sessuali e in merito al sistema di trasferimento delle emergenze per le complicazioni legate alla gravidanza e al parto (si vedano le note di orientamento 3-4).
- Assicurare che i comuni metodi contraccettivi siano sufficienti rispetto alla domanda (si veda la nota di orientamento 2).
- Pianificare un aumento dei servizi completi per la salute riproduttiva, da integrare all'assistenza sanitaria di base, il prima possibile (si veda la nota di orientamento 1).



### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Tutte le strutture sanitarie dispongono di staff qualificato, forniture sufficienti ed equipaggiamenti per la gestione clinica delle vittime di stupri basata sui protocolli nazionali o dell'OMS.
- ▶ Tutte le donne incinta nel loro terzo trimestre hanno ricevuto il "Clean Delivery Kit".
- ▶ Ci sono almeno 4 strutture sanitarie che si occupano di emergenza ostetrica di base e cura dei neonati su una popolazione di 500,000 persone.
- ▶ Esiste almeno una struttura sanitaria che fornisce un'assistenza ostetrica di emergenza completa e cura dei neonati su una popolazione di 500,000 persone.
- ▶ La proporzione dei parti attraverso il taglio cesareo non è meno del 5% o più del 15% (si veda la nota di orientamento 4).

### Note di orientamento

1. **Pacchetto Minimo Iniziale di Servizio (MISP):** il MISP definisce quelli che sono i servizi più importanti per la prevenzione della morbidità e mortalità nella salute riproduttiva tra le donne, gli uomini o gli adolescenti in luoghi colpiti da disastro. Questo comprende un coordinato insieme di priorità per i servizi relativi alla salute riproduttiva che devono essere attuate simultaneamente per prevenire e gestire le conseguenze delle violenze sessuali, ridurre la trasmissione di HIV, prevenire l'eccesso della morbidità e mortalità materna e neonatale, e iniziare la pianificazione di servizi completi per la salute riproduttiva, quanto prima la situazione si stabilizzi. Pianificare l'integrazione delle attività comprensive di buona qualità per la salute riproduttiva all'interno della prima assistenza sanitaria, all'inizio dell'emergenza, è essenziale per assicurare la continuità delle cure. La cura integrale della salute riproduttiva coinvolge il miglioramento dei servizi esistenti, in aggiunta ai servizi mancanti, e il miglioramento della qualità dei servizi
2. **Le forniture per la salute riproduttiva:** le forniture per il MISP devono essere ordinate, distribuite e conservate per 324 evitare ritardi nell'ottenere questi prodotti essenziali alla popolazione. Il kit di Emergenza Sanitaria tra le agenzie (Interagency Emergency Health Kit) include una limitata quantità di medicine per i pazienti di post-esposizione alla profilassi, solfido di magnesio e strumenti e medicine per l'assistenza ostetrica, ma non tutte le forniture richieste dal MISP. Il kit per la salute riproduttiva tra le agenzie (Interagency Reproductive Health Kit), sviluppato dal gruppo di lavoro tra le agenzie riguardo alla salute riproduttiva nelle situazioni di crisi, contiene medicinali e forniture per un periodo di 3 mesi.
3. **Violenze sessuali:** tutti gli attori coinvolti nella risposta ai disastri devono essere consapevoli del rischio di violenze sessuali, inclusi lo sfruttamento sessuale e gli abusi da parte degli attori umanitari, e devono lavorare per prevenirlo e per saper reagire. Le informazioni raccolte sugli incidenti riportati devono essere in modo sicuro ed etico compilate e condivise per rinforzare la prevenzione e le risposte. L'incidenza delle violenze sessuali deve essere monitorata. Le misure per assistere le vittime devono essere prese in loco, in tutte le strutture sanitarie di primo livello, e devono includere uno staff specializzato per provvedere alla gestione clinica che comprende la contraccezione d'emergenza, la profilassi di post-esposizione per prevenire l'HIV, il trattamento per presunte infezioni sessuali, la cura delle ferite, la prevenzione del tetano e dell'epatite B. L'uso di contraccezioni di emergenza è una scelta personale che può essere presa solo dalle donne stesse. Alle donne si deve offrire una consulenza imparziale così da permettere una scelta consapevole. Le vittime di violenza sessuale devono essere supportate e sottoposte a cura clinica, e avere accesso a cura mentale e supporto psicologico. Su domanda delle vittime, lo staff di protezione deve provvedere alla protezione e all'assistenza legale. Tutti gli esami e i trattamenti devono essere fatti con il consenso consapevole della vittima. La riservatezza è essenziale in tutte le fasi (si vedano lo Standard 5 Sistemi sanitari, la nota di orientamento 4 a pag.307 e il Principio di protezione 1 e note di orientamento 7-12 a pag.35).
4. **Attenzione all'emergenza ostetrica e dei neonati:** approssimativamente il 4% delle popolazioni colpite da disastri sono donne incinta. Approssimativamente il 15% di tutte le donne incinta subiranno una complicazione ostetrica durante la gravidanza o nel momento del parto che comporterà un'emergenza ostetrica e il 5-15% dei parti richiederà un intervento chirurgico, ad esempio il taglio cesareo. Per prevenire la morbidità e mortalità dei neonati e delle madri che possono risultare dalle complicazioni del parto, la presenza di persone specializzate al momento del parto, l'assistenza ostetrica di emergenza e la rianimazione neonatale devono essere accessibili a tutte le strutture sanitarie primarie. Le funzioni per l'assistenza ostetrica di base per le emergenze includono gli antibiotici parenterali, farmaci uterotonici parenterali (oxitocina), farmaci anticonvulsivi parenterali (solfato di magnesio), rimozione manuale dei prodotti derivanti dal concepimento utilizzando la tecnologia appropriata, estrazione manuale della placenta, parto vaginale assistito (con ventosa ostetrica o forcipe) e rianimazione materna e neonatale. Le funzioni dell'emergenza ostetrica integrale includono tutti quegli interventi per l'assistenza ostetrica come la chirurgia sotto anestesia generale (parti cesari, laparotomia) e la trasfusione, sicura e razionale, del sangue. Il sistema di trasferimento deve assicurare alle donne e ai neonati il trasferimento e i mezzi per viaggiare verso e dalle strutture sanitarie primarie con l'assistenza



ostetrica e la cura neonatale, e verso un ospedale fornito di emergenza ostetrica integrale e di servizi sanitari per i neonati.

## Standard 2 Servizi sanitari essenziali- salute sessuale e riproduttiva

La popolazione ha accesso al set minimo di prevenzione dell'HIV, ai trattamenti, alle cure e ai servizi di supporto durante i disastri.

### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Stabilire precauzioni standard e procedure sicure per lo smaltimento dei rifiuti in tutte le strutture sanitarie (si vedano la nota di orientamento 2 e lo Standard 1 sistemi sanitari, le note di orientamento 10-11 a pag. 299-300).
- ▶ Stabilire e seguire un processo sicuro per la fornitura di sangue e l'uso razionale delle trasfusioni di sangue (si vedano la nota di orientamento 2 e lo Standard 1 sistemi sanitari, la nota di orientamento 5 a pag.298).
- ▶ Stabilire l'accesso gratuito sia per gli uomini che per le donne a profilattici di buona qualità, includendo un'adeguata informazione sull'utilizzo di questi.
- ▶ Assicurarsi che le strutture sanitarie provvedano alla gestione sindromica di tutti i pazienti che presentano i sintomi di una malattia sessualmente trasmissibile.
- ▶ Assicurarsi che i servizi di profilassi post- esposizione siano forniti agli individui, entro 72 ore dall'incidente di potenziale esposizione all'HIV (si veda le note di orientamento 3).
- ▶ Fornire informazioni attraverso forme accessibili ed educazione sulla prevenzione dell'HIV , sia alla popolazione in generale, sia ai gruppi ad alto rischio (es. prostitute).
- ▶ Assicurare la prevenzione alla trasmissione verticale madre-figlio dell'HIV assicurando il libero accesso ai contraccettivi, a parti sicuri e igienici (inclusa l'assistenza del personale ostetrico) e l'approvvigionamento di farmaci antiretrovirali (si veda la nota di orientamento 4).
- ▶ Provvedere ai trattamenti, alle cure e al supporto per i neonati nati da madri affette da HIV, inclusa la guida e la consulenza per l'alimentazione del neonato (si veda lo Standard 2 Alimentazione di neonati e bambini a pag.160).
- ▶ Assicurarsi che le persone affette da HIV ricevano cure mediche e che venga effettuata la profilassi con il cotrimossazolo anche per le infezioni connesse all'HIV.



- ▶ Assicurarsi che le persone in precedenza sotto terapia antiretrovirale continuino a ricevere il trattamento (si veda la nota di orientamento 4).
- ▶ Stabilire connessioni tra i programmi per la cura dell'HIV e della tubercolosi, laddove ci siano.
- ▶ Assicurarsi che le persone ad alto rischio di esposizione all'HIV abbiano accesso agli interventi preventivi contro la trasmissione sessuale dell'HIV e che i consumatori noti di droghe abbiano accesso a strumenti sterili per iniezioni, laddove tali servizi siano già esistenti.
- ▶ Avviare piani per ampliare la gamma dei servizi di controllo dell'HIV nella fase successiva al disastro (si veda la nota di orientamento 1).

### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Le persone più a rischio di esposizione all'HIV hanno accesso ad un programma preventivo.
- ▶ Le donne in stato di gravidanza, consapevoli di essere positive all'HIV, devono ricevere antiretrovirali per la prevenzione della trasmissione verticale madre-figlio.
- ▶ Il 100% del sangue per le trasfusioni deve essere preventivamente analizzato per le infezioni trasmissibili inclusa l'HIV.
- ▶ Gli individui potenzialmente esposti all'HIV (esposizione professionale negli ambienti sanitari e esposizione non professionale) devono ricevere la post-profilassi entro 72 ore dal momento in cui avrebbero potuto ricevere l'infezione.
- ▶ Tutte le strutture sanitarie primarie hanno cure antimicrobiche per provvedere alla gestione della sindrome nei pazienti che si presentano con sintomi di un'infezione trasmessa sessualmente.

### Note di orientamento

1. **Controllo dell'HIV:** il set minimo di prevenzione per l'HIV, i trattamenti, le cure e il supporto descritti nelle "azioni chiave" per questi standard comprende azioni che il settore della sanità deve attuare per prevenire la trasmissione dell'HIV e per fornire cure e supporto alle persone affette. Queste attività devono essere implementate nelle prime fasi della risposta al disastro.
2. **Prevenzione della trasmissione dell'HIV negli ambienti sanitari:** la prevenzione della trasmissione dell'HIV negli ambienti sanitari (es. ospedali, cliniche, campagne di vaccinazione) è una priorità durante le prime fasi della risposta al disastro. Le azioni essenziali comprendono l'applicazione delle precauzioni standard, l'istituzione di pratiche di trasfusione del sangue, sicure

e razionali, e la corretta eliminazione dei rifiuti sanitari (si vedano lo Standard 1 sistemi sanitari, note di orientamento 5,10-11 a pag. 298-300).

3. **Profilassi post-esposizione:** la profilassi post-esposizione per prevenire l'infezione da HIV include la consulenza, la valutazione dei rischi da esposizione, il consenso informato, la valutazione delle risorse e dell'approvvigionamento di medicinali antiretrovirali. Sebbene la profilassi post-esposizione non deve essere attuata nei confronti di persone affette da HIV già diagnosticato. La consulenza e l'analisi non sono obbligatorie, nell'attesa dei risultati dei test la profilassi post-esposizione non deve mai essere ritardata.
4. **Medicinali antiretrovirali:** l'approvvigionamento dei medicinali antiretrovirali per evitare la trasmissione verticale madre-figlio, per la profilassi post-esposizione e per la terapia antiretrovirale a lungo termine, deve essere realizzabile nelle situazioni di disastro. La continuità nella somministrazione dell'antiretrovirale per coloro che già ricevevano il trattamento prima del disastro deve essere considerata una priorità durante la risposta al disastro. Le donne in gravidanza che già assumono antiretrovirali devono continuarne l'assunzione senza interruzioni, coloro che tra esse sono positive all'HIV devono ricevere gli antiretrovirali contro la trasmissione verticale madre-figlio in accordo, se possibile, al protocollo nazionale.

**Nota:** Caritas Internationalis e i suoi membri non promuovono l'utilizzo, né distribuiscono alcuna forma di mezzi artificiali di controllo delle nascite.



## 2.4. Servizi sanitari essenziali - Ferite

Solitamente le ferite sono la causa maggiore degli eccessi di mortalità e di morbidità a seguito di disastri naturali acuti quali i terremoti. Il verificarsi di disastri naturali acuti causa feriti in massa, ossia i pazienti sono più di quanto le risorse locali disponibili possano sostenere usando le procedure ordinarie. Gli infortuni dovuti a violenza fisica sono anch'essi associati a emergenze complesse. Durante i conflitti armati per esempio, la maggior parte delle morti dovute a trauma avviene in regioni insicure lontane da strutture sanitarie, per cui non possono essere prevenute dalle cure mediche. Interventi che mirano a proteggere la popolazione civile sono richiesti per prevenire queste morti (si vedano i Principio di Protezione 3 e le note di orientamento 1-5 a pag. 38-39).

### Standard 1 Servizi sanitari essenziali - feriti: cura delle ferite

La popolazione ha accesso all'effettiva cura delle ferite durante i disastri per prevenire morbidità, mortalità e persone con disabilità evitabili.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Assicurare che gli operatori sanitari locali e coloro che coordinano la risposta del settore sanitario abbiano familiarità con la gestione dei feriti di massa (si veda la nota di orientamento 1).
- ▶ Negli eventi di feriti di massa, stabilire dei sistemi di triage standardizzati con chiare linee guida su valutazione, priorità, rianimazione base e trasferimento (si veda la nota di orientamento 1).
- ▶ Assicurare che i principi essenziali e le competenze per provvedere al primo soccorso e alla rianimazione base siano largamente compresi dagli operatori sanitari (si veda la nota di orientamento 2).
- ▶ Assicurare che gli operatori sanitari abbiano familiarità con i principi fondamentali per il trattamento delle ferite (si veda la nota di orientamento 3). Fornire vaccini anti-tetano che contengano tossoide a coloro che presentano ferite sporche e a coloro che sono coinvolti in operazioni di salvataggio o di medicazione (si veda la nota di orientamento 4).
- ▶ Stabilire protocolli standardizzati per il trasferimento di pazienti feriti per ulteriori cure, compresi interventi chirurgici e cure post-operatorie (si veda la nota di orientamento 5).

- ▶ Assicurare che i servizi traumatologici e chirurgici definitivi e la riabilitazione post-trauma e post-operatoria siano stabiliti unicamente da agenzie con appropriate competenze e risorse (si veda la nota di orientamento 5).
- ▶ Assicurare che gli standard dei mezzi d'assistenza e dei sostegni alla mobilità (es: sedie a rotelle, stampelle) siano disponibili per i pazienti feriti e per le persone con disabilità non appena possibile e che questi mezzi possano essere riparati in loco (si veda la nota di orientamento 6).

#### Indicatori chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Tutte le strutture sanitarie hanno personale preparato e sistemi per la gestione di molteplici feriti.

#### Note di orientamento

1. **Triage:** il triage è il processo di categorizzazione dei pazienti in relazione alla gravità delle loro ferite o malattie, e la valutazione della priorità del trattamento da accordare in relazione alla disponibilità delle risorse e alle probabilità di sopravvivenza dei pazienti. Negli eventi in cui ci sono feriti di massa, coloro con gravi lesioni, in pericolo di vita, potrebbero avere una priorità più bassa rispetto a quelli con più possibilità di sopravvivenza. Non ci sono sistemi di triage standardizzati e ne sono utilizzati diversi in tutto il mondo. La più comune classificazione usa il sistema codificato dei quattro colori: rosso per alta priorità, giallo per media priorità, il verde è utilizzato per pazienti ambulatoriali e il nero per i decessi.
2. **Primo soccorso e cure mediche base:** le procedure critiche includono l'alimentazione e il mantenimento della respirazione, che potrebbe richiedere la pulizia e la protezione delle vie aeree, in aggiunta al controllo delle emorragie e alla somministrazione di fluidi intravenosi laddove richiesti. Queste procedure potrebbero aiutare a stabilizzare individui in pericolo di vita prima che siano trasferiti a un centro di smistamento ed incrementare enormemente le loro probabilità di sopravvivenza, anche nel caso di ferite molto gravi. Altre procedure non operative sono ugualmente vitali, come la pulizia e la fasciatura di ferite, la somministrazione di antibiotici e la profilassi antitetanica.
3. **Gestione delle ferite:** nella maggior parte dei disastri, molti pazienti si presenteranno per la cura più di sei ore dopo il ferimento. Il presentarsi tardivamente incrementa enormemente il rischio di infezione della ferita e il prevedibile eccesso di mortalità. Quindi è fondamentale che gli operatori sanitari locali abbiano familiarità con appropriati principi e protocolli per prevenire e gestire le infezioni delle ferite, che includano la chiusura primaria in ritardo, la medicazione della ferita e la rimozione chirurgica di materiali estranei e dei tessuti morti.



4. **Tetano:** nell'insorgenza improvvisa di disastri naturali dove solitamente si hanno un gran numero di feriti e di casi di trauma, il rischio di tetano può essere relativamente alto. Mentre l'immunizzazione di massa dal tetano non è raccomandata, il vaccino contenente il tossoide tetanico (DT o Td - vaccino anti-difterite e anti-tetano - o DPT, in relazione all'età e allo storico delle vaccinazioni) è raccomandato per coloro con ferite sporche e per coloro coinvolti in operazioni di salvataggio o operazioni di medicazione che li mettano a rischio. Individui con ferite sporche che non siano stati precedentemente vaccinati contro il tetano dovrebbero ricevere una dose di immunoglobulina tetanica (TIG), se disponibile.
5. **Trauma e assistenza chirurgica:** l'assistenza chirurgica da trauma e la chirurgia di guerra salvano vite ed evitano disabilità a lungo termine, richiedono una preparazione specifica e risorse che poche agenzie posseggono. Una chirurgia inappropriata o inadeguata potrebbe provocare più danni rispetto al non far nulla. Inoltre, la chirurgia fornita senza alcuna riabilitazione immediata può risultare un completo fallimento nel ristabilire le capacità funzionali del paziente. Solo le organizzazioni e i professionisti con un'elevata esperienza dovrebbero, perciò, istituire questi servizi che salvano vite e prevenono la disabilità.
6. **Riabilitazione post-operatoria per infortuni dovuti a trauma:** la riabilitazione tempestiva può incrementare enormemente la sopravvivenza e aumentare la qualità della vita per i feriti sopravvissuti. I pazienti che richiedono mezzi di assistenza (come protesi e sostegni per la deambulazione) necessitano inoltre della riabilitazione fisica. Se possibile, il partenariato con programmi di riabilitazione su base comunitaria può ottimizzare l'assistenza post-operatoria e la riabilitazione per i feriti sopravvissuti.

## 2.5. Servizi sanitari essenziali - salute mentale

La salute mentale e i problemi psicosociali si presentano in tutti gli scenari umanitari. Gli orrori, le perdite, le incertezze e altri fattori di stress associati ai conflitti o ad altri disastri, espongono le persone a un maggiore rischio di vari problemi sociali, comportamentali, psicologici e psichiatrici. I sostegni psicosociali e la salute mentale includono supporti multi-settoriali (vedi la "piramide degli interventi" nel diagramma seguente). Questi supporti richiedono un'attuazione coordinata, per esempio attraverso gruppi di lavoro che uniscono individui di vari settori e ambiti. Lo standard della salute mentale, che segue, si focalizza sulle azioni degli operatori sanitari. I lettori dovrebbero inoltre consultare lo Standard Fondamentale 1 a pag. 55 e il Principio di Protezione 3 a pag. 38.

### Standard 1 Servizi sanitari essenziali - salute mentale: Salute Mentale

La popolazione ha accesso ai servizi sanitari che prevengono o riducono i problemi di salute mentale e quelli associati ad una funzionalità compromessa.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Garantire che gli interventi siano sviluppati sulla base dei bisogni identificati e delle risorse.
- ▶ Rendere in grado i membri della comunità comprese le persone emarginate di rafforzare l'aiuto comunitario autodeterminato e il supporto sociale (si veda la nota di orientamento 1).
- ▶ Garantire che i lavoratori della comunità compresi i volontari e lo staff dei servizi sanitari offre un primo soccorso psicologico alle persone in forte difficoltà a seguito dell'esposizione a stress estremi (si veda la nota di orientamento 2).
- ▶ Garantire che ci sia almeno un membro dello staff in ogni struttura sanitaria che gestisca gravi e differenti problemi di salute mentale negli adulti e nei bambini (si veda la nota di orientamento 3).
- ▶ Indirizzare la sicurezza, i bisogni basilari e i diritti delle persone con problemi mentali verso le istituzioni (si veda la nota di orientamento 4).
- ▶ Minimizzare i danni dovuti ad alcool e droghe.



- Come parte iniziale del recupero, intraprendere piani per sviluppare un sistema comunitario sostenibile per la salute mentale (si veda la nota di orientamento 5).

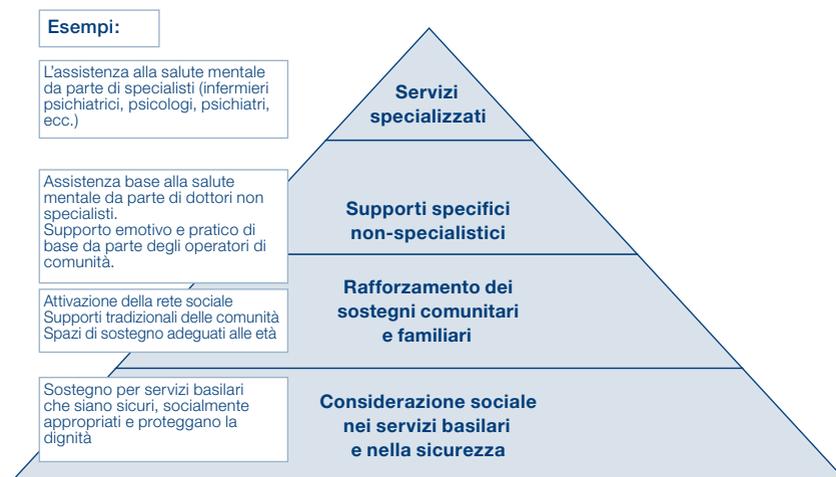
### Indicatore chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- Tutte le strutture sanitarie hanno uno staff preparato e sistemi di gestione dei problemi di salute mentale.

### Note di orientamento

1. **Aiuto comunitario autodeterminato e supporto sociale:** L'aiuto comunitario autodeterminato e il supporto sociale costituiscono elementi chiave della salute mentale una complessiva e di supporti psicosociali multi-settoriali (si veda il diagramma seguente) (si vedano lo Standard Fondamentale 1 a pag. 55 e il Principio di Protezione 4, le note di orientamento 9-13 a pag. 43 e il Principio di Protezione 3, la nota di orientamento 15 a pag. 40). Le agenzie sanitarie spesso ingaggiano o impiegano operatori di comunità e volontari che permettono ai membri della comunità, incluse le persone emarginate, di migliorare l'aiuto autodeterminato e il supporto sociale.

### Piramide dell'intervento



Fonte: Interagency Steering Committee Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support, 2010

2. **Primo soccorso psicologico:** L'ansia acuta a seguito dell'esposizione a forti stress (es. eventi traumatici) è meglio gestita seguendo i principi del primo soccorso psicologico, che sono spesso erroneamente visti alla stregua di un intervento clinico. Piuttosto, è la descrizione di una risposta umana,

di sostegno, a quelle persone sofferenti o che potrebbero avere bisogno d'aiuto. Ciò comporta un'assistenza pragmatica, basilare e non intrusiva focalizzata sull'ascolto ma non sul dialogo forzato, sull'analisi dei bisogni e sulle preoccupazioni, assicurandosi che i bisogni primari siano corrisposti, incoraggiando il supporto sociale da parte dei partner e proteggendo da ulteriori danni. Il cosiddetto "psychological debriefing" (ovvero l'invito ad una respirazione controllata che sia sistematicamente legata alla rievocazione delle percezioni, dei pensieri e delle reazioni emotive legate al recente evento stressante) è nel migliore dei casi inefficace e non dovrebbe essere utilizzato. Allo stesso modo le benzodiazepine dovrebbero essere evitate nella gestione dei casi di forte angoscia, perché potrebbero interferire con il recupero naturale.

3. **Assistenza sanitaria mentale basilare:** I problemi di salute mentale della popolazione potrebbero essere indotti dalle emergenze, essere pre-esistenti o entrambi. Persone con gravi problemi mentali dovrebbero avere accesso all'insieme dei sostegni sociali della comunità così come all'assistenza clinica attraverso i servizi sanitari disponibili (es. ospedali generici, cliniche per l'assistenza primaria, ecc.). L'organizzazione di cliniche per l'assistenza mentale di solito comporta anche l'organizzazione di una formazione veloce e della supervisione della salute generale dello staff o l'aggiunta di professionisti della salute mentale nella clinica. Devono essere disponibili gli anti-epilettici e gli psicotropi essenziali. Gli individui che abbiano ricevuto cure per problemi mentali prima della crisi devono poter continuare il trattamento.
4. **Persone nelle istituzioni:** Gli ospedali psichiatrici e le case di cura per persone con gravi problemi mentali hanno bisogno di essere visitate regolarmente, specialmente all'inizio della crisi, perché il rischio di una grave trascuratezza o di abusi, da parte delle persone nelle istituzioni è molto alto. Devono essere garantiti durante la crisi la sicurezza, i bisogni fisici basilari (acqua, cibo, rifugi, servizi igienico sanitari e assistenza medica), vigilanza sui diritti umani e assistenza basilare psichiatrica e psicosociale.
5. **Immediato recovery:** Dato che le crisi umanitarie aumentano il tasso di una larga gamma di disturbi mentali, i piani devono essere progettati per sviluppare il sistema di assistenza psichiatrica, per accrescere l'effettiva copertura delle cure psichiatriche nell'area coinvolta (si veda lo Standard Fondamentale 4 a pag. 65).

## 2.6. Servizi sanitari essenziali - malattie non trasmissibili

L'invecchiamento della popolazione e l'innalzamento dell'aspettativa di vita ha spostato i profili delle malattie da trasmissibili a non trasmissibili (NCDs) in molti paesi compresi quelli a basso e medio reddito. Quindi, le malattie non trasmissibili



stanno crescendo di importanza come un problema di salute pubblica negli scenari di disastri. L'aumento di problemi sanitari dovuti all'esacerbazione di condizioni patologiche croniche esistenti è diventata una caratteristica comune di molti disastri.

### Standard 1 Servizi sanitari essenziali - malattie non trasmissibili: Malattie non trasmissibili

Le persone hanno accesso alle terapie essenziali per ridurre la morbilità e la mortalità dovute a complicazioni acute o all'esacerbazione delle loro condizioni patologiche croniche.

#### Azioni chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Stimare e documentare la prevalenza delle malattie non trasmissibili e condividere le informazioni con le agenzie che si occupano della risposta al disastro (si veda la nota di orientamento 1).
- ▶ Assicurare l'identificazione degli individui con malattie non trasmissibili che stavano ricevendo trattamenti prima dell'emergenza e garantire che continuino le loro cure. Evitare improvvise interruzioni delle cure.
- ▶ Garantire che le persone con complicazioni acute e esacerbazioni di malattie non trasmissibili, che minacciano la loro vita (es. malattie cardiache, grave ipertensione), e individui che soffrono (es. per un dolore dovuto a cancro in stato avanzato) ricevano trattamenti.
- ▶ In situazioni dove i trattamenti per le malattie non trasmissibili non siano disponibili, stabilire chiari standard riguardo alle procedure operative per il trasferimento.
- ▶ Assicurare che l'attrezzatura diagnostica essenziale, i test da laboratorio essenziali e i farmaci più comuni, e la gestione in corso delle malattie non trasmissibili siano disponibili attraverso il sistema primario di assistenza sanitaria. I farmaci devono essere specificati nella lista delle medicine essenziali.
- ▶ Assicurare che i mezzi di supporto (es. aiuti alla mobilità) siano disponibili per le persone con difficoltà motorie o comunicative.

#### Indicatore chiave (da leggere unitamente alle note di orientamento)

- ▶ Tutte le strutture per l'assistenza sanitaria primaria hanno chiari standard di procedure operative per i trasferimenti di pazienti con malattie non trasmissibili verso strutture di assistenza secondarie e terziarie.
- ▶ Tutte le strutture per l'assistenza sanitaria primaria hanno farmaci adeguati per il proseguimento del trattamento per gli individui con malattie non trasmissibili, che stavano ricevendo trattamenti prima dell'emergenza.

#### Note di orientamento

1. **Malattie non trasmissibili:** includono malattie cardiache, ictus, ipertensione, insufficienze renali croniche, asma bronchiale, dialisi cronica, dipendenza diabetica da insulina e epilessia. Durante le emergenze, gli individui con condizioni patologiche croniche sono particolarmente vulnerabili al peggioramento delle loro condizioni o a complicazioni come infezioni secondarie, e sono a rischio qualora il trattamento venisse interrotto. La stabilizzazione clinica e il mantenimento della terapia dovrebbero essere il pilastro della risposta sanitaria in scenari umanitari.

Persone con malattie non trasmissibili hanno bisogno di farmaci a lungo termine e di cure continuative. La routine, la gestione continua delle malattie non trasmissibili dovrebbe essere disponibile attraverso il sistema primario di assistenza sanitaria, usando farmaci dalla lista dei farmaci essenziali. Generalmente non è raccomandabile introdurre nuovi regimi terapeutici o programmi per la gestione delle condizioni sanitarie croniche durante i tentativi di soccorso, specialmente se il regime o il programma è difficilmente continuabile dopo la fase dell'emergenza.

# Allegato 1

## Lista di controllo per la valutazione sanitaria

### Preparazione

- ▶ Ottenere le informazioni disponibili sulla popolazione colpita dal disastro.
- ▶ Ottenere fotografie e mappe aeree disponibili.
- ▶ Ottenere dati sanitari e demografici.

### Sicurezza e accesso

- ▶ Determinare l'esistenza dei pericoli in corso, generati dall'uomo o naturali.
- ▶ Determinare la situazione sulla sicurezza complessiva, compresa la presenza di forze armate.
- ▶ Determinare l'accesso che le agenzie umanitarie hanno rispetto alla popolazione colpita dal disastro.

### Strutture demografiche e sociali

- ▶ Determinare l'ammontare totale della popolazione colpita dal disastro; composizione per età e sesso della popolazione danneggiata.
- ▶ Identificare i gruppi ad alto rischio, es. donne, bambini, anziani, persone con disabilità.
- ▶ Determinare la grandezza media delle famiglie e stimare il numero delle famiglie dirette da bambini e da donne.
- ▶ Determinare l'esistenza delle strutture sociali, comprese le posizioni di autorità e/o di influenza.

### Informazioni sul contesto sanitario

- ▶ Identificare la pre-esistenza di problemi sanitari nell'area colpita prima del disastro.
- ▶ Identificare la pre-esistenza di problemi sanitari tra i rifugiati nel paese d'origine (area d'origine per gli sfollati interni).
- ▶ Identificare l'esistenza di rischi per la salute, es. potenziali epidemie.
- ▶ Identificare le precedenti fonti di assistenza sanitaria.
- ▶ Analizzare il rendimento delle attività del sistema sanitario.

### Tasso di mortalità

- ▶ Calcolare il tasso di mortalità grezzo.
- ▶ Calcolare il tasso di mortalità specifico per l'età (es. tasso di mortalità sotto i 5 anni).
- ▶ Calcolare la causa specifica del tasso di mortalità.
- ▶ Calcolare il tasso di mortalità proporzionale.

### Tasso di morbilità

- ▶ Determinare i tassi di incidenza delle maggiori malattie che abbiano un'importanza per la salute pubblica.
- ▶ Determinare i tassi d'incidenza specifici per età e sesso rispetto alle malattie più rilevanti, se possibile.

### Risorse disponibili

- ▶ Determinare la capacità del Ministero della Salute del paese colpito dal disastro.
- ▶ Determinare lo stato delle strutture sanitarie nazionali, compreso il numero totale per ogni tipo di assistenza fornita, lo stato fisico e l'accesso.
- ▶ Determinare il numero e le capacità dello staff sanitario disponibile.
- ▶ Determinare il budget sanitario a disposizione e il meccanismo di finanziamento.
- ▶ Determinare la capacità e il funzionamento dei programmi di salute pubblica esistenti, es. Programma esteso di vaccinazione.



- ▶ Determinare la disponibilità dei protocolli standardizzati, dei farmaci essenziali, dei sistemi logistici e di rifornimento.
- ▶ Determinare lo status dei sistemi di trasferimento.
- ▶ Determinare il livello di salute ambientale nelle strutture sanitarie
- ▶ Determinare lo status dell'esistente sistema d'informazione sanitaria.

**Dati da altri settori rilevanti**

- ▶ Stato nutrizionale
- ▶ Cibo e sicurezza del cibo
- ▶ Condizioni ambientali
- ▶ Rifugi - qualità dei rifugi
- ▶ Educazione - educazione sanitaria e all'igiene

# Allegato 2

## Moduli campione settimanali per i report di sorveglianza

### Osservazione della mortalità: formulario 1\*

Luogo: . . . . .  
 Data: da lunedì . . . . . a domenica . . . . .  
 Popolazione totale all'inizio della settimana: . . . . .  
 Nascite della settimana: . . . . . Morti della settimana: . . . . .  
 Arrivi della settimana (se applicabile): . . . . . Partenze della settimana: . . . . .  
 Popolazione totale alla fine della settimana: . . . . . Popolazione totale sotto i 5 anni: . . . . .

	0-4 anni		5 + anni		Totale
	maschio	femmina	maschio	femmina	
<i>Causa immediata</i>					
Infezione acuta delle vie respiratorie inferiori					
colera (sospetto)					
diarrea - sanguinolenta					
diarrea - acquosa					
ferite non accidentali					
malaria					
morte materna - diretta					
morbillo					
meningite (sospetta)					
neonatale (0-28 giorni)					
Altra					
sconosciuta					
<i>Totale per età e sesso</i>					
<i>cause sottostanti</i>					
AIDS (sospetta)					
Malnutrizione					
Morte materna - indiretta					
malattie non trasmissibili (specificare)					
Altre					
<i>Totale per età e sesso</i>					

\*Questo modulo è usato quando ci sono più morti e, perciò, maggiori informazioni dettagliate sui decessi individuali non possono essere raccolte a causa dei limiti temporali  
 - Altre cause di mortalità possono essere aggiunte a seconda del contesto e del campione epidemiologico.  
 - Fintanto applicabile la suddivisione per età può essere maggiormente specificata (0-11 mesi, 1-4 anni, 5-14 anni, 15-49 anni, 50-59 anni, 60-69 anni, 70-79 anni, 80+ anni).  
 - Le morti non dovrebbero essere riportate solamente dalle strutture sanitarie, ma dovrebbero includere i resoconti dei responsabili religiosi e comunitari, dei lavoratori comunitari, dei gruppi di donne e degli ospedali di riferimento.  
 - Se possibile le definizioni dei casi devono essere poste sul retro del formulario.



### Osservazione della mortalità modulo 2\*

Luogo: . . . . .  
 Data: da lunedì . . . . . a domenica . . . . .  
 Popolazione totale all'inizio della settimana: . . . . .  
 Nascite della settimana: . . . . . Morti della settimana: . . . . .  
 Arrivi della settimana (se applicabile): . . . . . Partenze della settimana: . . . . .  
 Popolazione totale alla fine della settimana: . . . . . Popolazione totale sotto i 5 anni: . . . . .

N°	Sesso (m, f)	Età (giorni = g = m mese anno = a)	Cause dirette dei decessi													Cause profonde						
			Infezione acuta delle vie resp. inferiori.	Colera (sospetta)	Diarrea - sanguinolenta	Diarrea - acquosa	Ferite - non accidentali	Malaria	Morte materna - diretta	Morbillo	Meningite (sospetta)	Neonatale (0-28 giorni)	Malattie non trasmissibili (specificare)	Altra (specificare)	Sconosciuta	AIDS (sospetta)	Malnutrizione	Morte materna - indiretta	Altre (precisare)	Data (gg/mm/aa)	Posizione sul sito (p. Es. Il blocco n°)	Morto in ospedale o in casa
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						

Questo formulario è usato quando c'è abbastanza tempo per registrare i dati relativi alle morti individuali; permette un'analisi a seconda dell'età, un'indagine delle cause a seconda del luogo e rispetto al tasso di utilizzo delle strutture sanitarie.

- La frequenza delle registrazioni (ad es. giornaliere o settimanali) dipende dal numero dei morti.
- Altre cause di morte possono essere aggiunte a seconda dei casi.
- Le morti non dovrebbero essere riportate solamente dalle strutture sanitarie, ma dovrebbero includere i resoconti dei responsabili religiosi e comunitari, dei lavoratori comunitari, dei gruppi di donne e degli ospedali di riferimento.
- Se possibile le definizioni dei casi devono essere poste sul retro del formulario.

## Allegato 3

### Formule per calcolare gli indicatori sanitari chiave

#### Tasso di mortalità grezzo (CMR)

*Definizione: il tasso di mortalità dell'intera popolazione, compresi uomini e donne, e tutte le età.*

*Formula:*

$$\frac{\text{Numero totale di morti nel lasso di tempo}}{\text{Periodo medio della popolazione a rischio} \times \text{Numero di giorni del lasso di tempo}} \times 10\,000 \text{ persone} = \frac{\text{Morti}}{10.000 \text{ persone}} \text{ /giorno}$$

#### Tasso di mortalità sotto ai 5 anni

*Definizione: il tasso di mortalità fra i bambini sotto i 5 anni nella popolazione.*

*Formula:*

$$\frac{\text{Numero totale di morti tra i bambini sotto i 5 anni durante il lasso di tempo}}{\text{Numero totale di bambini sotto i 5 anni} \times \text{numero di giorni nel lasso di tempo}} \times 10000 \text{ persone} = \frac{\text{10000 persone} = \text{morti}}{10000 \text{ bambini sotto i 5} = \text{anni} / \text{giorno}}$$

#### Tasso di incidenza

*Definizione: il numero di nuovi casi di una malattia che si manifestano durante un periodo specifico di tempo in una popolazione a rischio di sviluppo della malattia.*

*Formula:*

$$\frac{\text{Numero di nuovi casi dovuti a una specifica malattia nel lasso di tempo}}{\text{Popolazione a rischio di sviluppo della malattia} \times \text{numero di mesi nel lasso di tempo}} \times 1\,000 \text{ persone} = \frac{\text{nuovi casi dovuti a una specifica malattia}}{1000 \text{ persone} / \text{mese}}$$



### Tasso di mortalità (CFR)

*Definizione: Il numero di decessi causati da una malattia diviso il numero di persone affetto dalla stessa.*

*Formula:*

$$\frac{\text{Numero di decessi per la malattia nel lasso di tempo}}{\text{Persone affette dalla malattia nel lasso di tempo}} \times 100 = X\%$$

### Tasso di utilizzo delle strutture sanitarie

*Definizione: Il numero delle visite dei pazienti in uscita rispetto alle persone nell'anno. Qualora possibile, una distinzione dovrebbero essere fatta tra le nuove e le vecchie visite, e le nuove visite dovrebbero essere utilizzate per calcolare il tasso. Tuttavia, è spesso difficile tracciare questa distinzione, così che queste sono spesso considerate insieme come totale delle visite durante un disastro.*

*Formula:*

$$\frac{\text{Numero totale delle visite in una settimana}}{\text{Numero totale di persone nella popolazione}} \times 52 \text{ settimane} = \text{visite/persone/anno}$$

### Numero di visite per dottore al giorno

*Definizione: numero medio del totale delle visite (nuove e ripetute), effettuate da ogni dottore al giorno.*

*Formula:*

$$\frac{\text{Numero totale delle visite in una settimana}}{\text{Numero dei dottori impiegati nella struttura sanitaria}} \div \frac{\text{numero di giorni d'attività della struttura sanitaria per settimana}}$$

\* FTE (equivalenti a tempo pieno) si riferisce al numero equivalente di medici che lavorano in una struttura medica. Ad esempio, se sei medici lavora in ambulatorio e se due di loro lavorare a metà tempo, il numero di medici FTE

= 4 staff staff a tempo pieno + 2 a metà tempo

= 5 medici FTE.

### Campioni settimanali per le report EWARN\*

\* Questo modulo deve essere usato nella fase acuta di emergenza, quando il rischio epidemia è alto.

Data: da lunedì . . . . . a domenica . . . . .

Città / villaggio / insediamento / campo: . . . . .

Provincia : . . . . . Distretto : . . . . . Sottodistretto : . . . . .

Nome del luogo: .....

- Paziente interno
- Paziente esterno
- Struttura sanitaria
- Clinica mobile

Agenzia/e di supporto: ..... Operatore in servizio e numero di contatto: .....

Popolazione totale: . . . . . Totale della popolazione sotto i 5 anni: .....

#### A. INSIEME DELLE INFORMAZIONI SETTIMANALI

Nuovi casi di	MORBILITA'		MORTALITA'		Totale
	< 5 anni	più di 5 anni	< 5 anni	più di 5 anni	
TOTALI AMMISSIONI					
TOTAL DECESSI					
Infezione respiratoria acuta					
Diarrea acuta acquosa					
Diarrea acuta sanguinante					
Malaria - sospetta/confermata					
Morbillo					
Meningite - sospetta					
Sindrome febbrile emorragica acuta					
Sindrome itterica acuta					
Paralisi flaccida acuta (AFP)					
Tetano					
Altra febbre > 38,5 °C					
Infortuni/ferite					
Altre					
Totale					

- Più di una diagnosi è possibile; l'aspetto più importante è che sia riportato. Ogni caso dovrebbe essere riportato solo una volta.
- Includere solo i casi che sono visti (o i cui decessi avvengono) durante la settimana di sorveglianza.
- Scrivere "0" (zero) se non ci sono casi o decessi durante la settimana per una delle sindromi riportate nella lista.
- Le morti dovrebbero essere riportate solo nella sezione della mortalità NON in quella della morbidità.
- Le definizioni dei casi per ogni condizione sotto osservazione devono essere scritti sul retro del formulario.
- Cause della morbidità possono essere aggiunte o sottratte a seconda dell'epidemiologia e della valutazione del rischio della malattia.
- Lo scopo del sistema di sorveglianza EWARN è l'individuazione tempestiva delle malattie a rischio epidemico. I dati relativi alle condizioni patologiche, come la malnutrizione, dovrebbero essere ottenuti maggiormente attraverso l'investigazione (prevalenza), che non attraverso la sorveglianza (incidenza).

#### B. ALLERTA EPIDEMIA

In ogni momento si sospetti qualunque delle seguenti malattie, si prega di inviare un sms o telefonare..... o inviare una mail.....con il massimo delle informazioni circa l'ora, il luogo e il numero di casi e di decessi:

- Colera, shigellosi, morbillo, polio, tifo, tetano, epatite A o E,febbre Dengue, meningite, difterite, pertosse, febbre emorragica

(questa lista di malattie dipenderà dall'epidemiologia delle malattie del Paese).



### Campioni per i report di sorveglianza della morbilità in corso

\* La sorveglianza relativa alla morbilità può essere estesa dal EWARN dopo la fase acuta così da includere altre malattie e il monitoraggio di altri indicatori, laddove appropriato.

Luogo: .....

Data: da lunedì ..... a domenica .....

Popolazione totale all'inizio della settimana: .....

Nascite della settimana/mese: ..... Morti della settimana/mese: .....

Arrivi della settimana/mese (se applicabile): ..... Partenze della settimana/mese: .....

Popolazione totale alla fine della settimana/mese: ... Popolazione totale sotto i 5 anni: .....

Morbilità	Sotto i 5 anni (nuovi casi)			5 anni e oltre (nuovi casi)			Totale	
	M	F	Totale	M	F	Totale	Nuovi casi	Casi ricidivi
Diagnosi*								
Infezione respiratoria acuta**								
Diarrea acquosa acuta								
Diarrea sanguinante acuta								
Malaria- ospetta/ confermata								
Morbillo								
Meningite - sospetta								
Sindrome febbrile emorragica acuta								
Sindrome itterica acuta								
Paralisi flaccida acuta (AFP)								
Tetano								
Altra febbre > 38,5°C								
AIDS - sospetta ***								
Malattia degli occhi								
Malnutrizione ****								
Infortuni accidentali								
Infortuni non accidentali								
Infezioni sessualmente trasmissibili								
Ulcere genitali								
Perdite uretrali maschili								
Perdite vaginali								
Dolore addominale basso								
Malattie della pelle								
Malattie non trasmissibili (ad es. diabete)								
Vermi								
Altre								
Sconosciute								
Totale								

\* Più di una diagnosi è possibile; cause di morbilità possono essere aggiunte o sottratte a seconda del contesto e del campione epidemiologico.

\*\* Infezione respiratoria acuta: in alcuni paesi questa categoria può essere divisa in infezione del tratto inferiore e superiore.

\*\*\* La prevalenza di HIV – AIDS è definita nel modo più efficace attraverso le osservazioni.

\*\*\*\* La prevalenza della malnutrizione è meglio definita attraverso una rapida osservazione (MUAC o screening peso/ altezza), dal momento che attraverso la sorveglianza può essere riconosciuta solo nei pazienti che si presentano per essere visitati.

# L'età può essere ulteriormente specificata, fintanto possibile.

### ALLERTA EPIDEMIA

In ogni momento si sospetti qualunque delle seguenti malattie, si prega di inviare un sms o telefonare..... o inviare una mail.....con il massimo delle informazioni circa l'ora, il luogo e il numero di casi e di decessi:

Colera, shigellosi, morbillo, polio, tifo, tetano, epatite A o E, febbre Dengue, meningite, difterite, pertosse, febbre emorragica.

Visite sanitarie	Sotto i 5 anni			5 anni e oltre			Totale	
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F
Totale visite								

**Tasso di utilizzo:** numero di visite per persona per anno alle strutture sanitarie = numero totale di visite in una settimana sulla popolazione totale per 52 settimane.

- Le età possono essere ulteriormente specificate (0-11 mesi, 1-4 anni, 5-14 anni, 15-49, 50-59, 60+) ove possibile.

**Numero di consultazioni per dottore:** numero totale delle visite (nuove e ripetute)/FTE dottori nella struttura sanitaria / numero di giorni di funzionamento della struttura sanitaria per settimana.



# Riferimenti e ulteriori letture

## Fonti

### Strumenti di diritto internazionale

The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CESCR General Comment 14, 11 August 2000. UN Doc. E/C.12/2000/4. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

World Health Organization (WHO) (2002), 25 Questions & Answers on Health & Human Rights. Health & Human Rights Publication Issue No. 1. Geneva. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545690.pdf>

### Sistemi sanitari

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2004), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction. Geneva. [www.exacteditions.com/exact/browse/436/494/2635/2/47?dps=on](http://www.exacteditions.com/exact/browse/436/494/2635/2/47?dps=on)

Inter-Agency Steering Committee (IASC) Global Health Cluster (2009), Health Cluster Guide: A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster. WHO. Geneva.

Management Sciences for Health (1997), Managing Drug Supply, 2nd edition. Kumarian Press. Bloomfield, CT, USA.

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2009), Emergency Health Information System. [www.unhcr.org/pages/49c3646ce0.html](http://www.unhcr.org/pages/49c3646ce0.html)

Pan American Health Organization (PAHO) (2000), Natural Disasters: protecting the public's health. Scientific Publication No. 575. Washington DC.

WHO (1994), Health Laboratory Facilities in Emergencies and Disaster Situations. Geneva.

WHO (1999), Guidelines for Drug Donations, 2nd edition. Geneva.

WHO (2000), World health report 2000 – Health systems: improving performance. Geneva. [www.who.int/whr/2000/en/index.html](http://www.who.int/whr/2000/en/index.html)

WHO (2001), Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Geneva.

WHO (2009), Model Lists of Essential Medicines. Geneva.

[www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html)

WHO (2008), The Interagency Emergency Health Kit: Medicines and Medical Devices for 10,000 People for Approximately 3 Months, 4th edition. Geneva.

WHO and PAHO (2001), Health Library for Disasters. Geneva. <http://helid.desastres.net/>

### Controllo delle malattie trasmissibili

Heymann, David L (2008), Control of Communicable Diseases Manual, 19th edition. American Public Health Association. Washington DC.

WHO (2002), Guidelines for the Collection of Clinical Specimens During Field Investigation of Outbreaks. Geneva.

WHO (2005), Communicable disease control in emergencies. Geneva.

WHO (2005), Malaria Control in Complex Emergencies: An Interagency Field Handbook. Geneva.

WHO (2007), Tuberculosis Care and Control in Refugee and Displaced Populations: An Interagency Field Manual, 2nd edition. Geneva.

### Salute infantile

WHO (1997), Immunisation in Practice. A Guide for Health Workers Who Give Vaccines. Macmillan. London.

WHO (2005), IMCI Handbook (Integrated Management of Childhood Illness). Geneva.

WHO (2005), Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

WHO (2008), Manual for the health care of children in humanitarian emergencies. Geneva.

United Nations Children's Fund (UNICEF) (2009), The State of the World's Children 2009. New York. [www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-EN.pdf](http://www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-EN.pdf)

### Salute sessuale e riproduttiva

IASC (2009), Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings.

[www.aidsandemergencies.org/cms/documents/IASC\\_HIV\\_Guidelines\\_2009\\_En.pdf](http://www.aidsandemergencies.org/cms/documents/IASC_HIV_Guidelines_2009_En.pdf)

Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (2010 revision for field review), Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings.



Women's Commission for Refugee Women and Children (2006), Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health: A Distance Learning Module. <http://misp.rhrc.org/>

WHO (2006), Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice, 2nd edition. Geneva. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf)

WHO and UNHCR (2004), Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for use with Refugees and Internally Displaced Persons. Geneva.

WHO, United Nations Population Fund (UNFPA) and Andalusia School of Public Health (2009), Granada Consensus on Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery. Granada, Spain.

### Ferite

Hayward-Karlsson, J et al (1998), Hospitals for War-Wounded: A Practical Guide for Setting Up and Running a Surgical Hospital in an Area of Armed Conflict. International Committee of the Red Cross (ICRC). Geneva.

PAHO (1995, reprint 2001), Establishing a Mass Casualty Management System. Washington DC. [www.disasterpublications.info/english/viewtopic.php?topic=victimasmasa](http://www.disasterpublications.info/english/viewtopic.php?topic=victimasmasa)

WHO (2005), Integrated Management for Emergency and Essential Surgical Care tool kit: Disaster Management Guidelines. Geneva. [www.who.int/surgery/publications/Disastermanaguide.pdf](http://www.who.int/surgery/publications/Disastermanaguide.pdf)

### Salute mentale

IASC (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva. [www.humanitarianinfo.org/iasc](http://www.humanitarianinfo.org/iasc)

IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support (2010), Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) In Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know? Geneva.

[www.who.int/mental\\_health/emergencies/en/](http://www.who.int/mental_health/emergencies/en/)

WHO (2010), mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings. Geneva.

[www.who.int/mental\\_health/](http://www.who.int/mental_health/)

WHO, World Vision International and War Trauma Foundation (forthcoming), Psychological First Aid Guide. Geneva.

### Malattie non trasmissibili

Spiegel et al (2010), Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks. Lancet, Vol. 375, 23 January 2010.

WHO (2008), The Management of Cardiovascular Disease, Diabetes, Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Emergency and Humanitarian Settings. Draft, 28 February 2008. Geneva.

WHO (2009), WHO Package of Essential Non-communicable Disease Interventions (WHO PEN). Geneva.

## Bibliografia aggiuntiva

### Strumenti di diritto internazionale

Mann, J et al (eds) (1999), Health and Human Rights: A Reader. Routledge. New York.

Baccino-Astrada, A (1982), Manual on the Rights and Duties of Medical Personnel in Armed Conflicts. ICRC. Geneva..

### Sistemi sanitari

Beaglehole, R, Bonita, R and Kjellstrom, T (2006), Basic Epidemiology, 2nd edition. WHO. Geneva.

IASC Global Health Cluster (2010), GHC position paper: removing user fees for primary health care services during humanitarian crises. Geneva.

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2008), Public health guide in emergencies. Geneva. [www.ifrc.org/what/health/relief/guide.asp](http://www.ifrc.org/what/health/relief/guide.asp)

Médecins sans Frontières (MSF) (1997), Refugee Health. An Approach to Emergency Situations. Macmillan. London.

Noji, E (ed) (1997), The Public Health Consequences of Disasters. Oxford University Press. New York.

Perrin, P (1996), Handbook on War and Public Health. ICRC. Geneva.

WHO (2006), The Interagency Emergency Health Kit 2006. Geneva.

### Servizi sanitari essenziali

Cecchi, F and Roberts, L (2005), Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies. Humanitarian Practice Network. Overseas Development Institute. London. [www.odihpn.org](http://www.odihpn.org)

MSF (2006), Rapid health assessment of refugee or displaced populations. Paris.

SMART (2006), Measuring Mortality, Nutritional Status and Food Security in Crisis Situations: Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition. [www.smartindicators.org](http://www.smartindicators.org)



UNHCR (2009), UNHCR's Principles and Guidance for Referral Health Care for Refugees and Other Persons of Concern. Geneva. [www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=4b4c4fca9&query=referral%20guidelines](http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=4b4c4fca9&query=referral%20guidelines)

WHO (1999), Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies. Geneva.

### Controllo delle malattie trasmissibili

Cook, GC, Manson, P and Zumla, AI (2008), Manson's Tropical Diseases, 22nd edition. WB Saunders.

Connolly, MA et al (2004), Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges. The Lancet. London.

WHO (2004), Cholera outbreak, assessing the outbreak response and improving preparedness. Geneva.

WHO (2005), Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to shigella dysenteriae type 1. Geneva.

### Salute infantile

WHO (2005), Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

WHO, UNFPA, UNICEF and The World Bank Group (2003), Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives. Geneva.

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546220.pdf>

### Salute sessuale e riproduttiva

Inter-agency Standing Committee (2006), Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Emergencies. Geneva.

International Rescue Committee (2003), Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-Affected Populations. Kumarian Press. Bloomfield, CT, USA.

UNFPA and Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations (2008), The Reproductive Health Kit for Emergency Situations.

UNHCR (2006), Note on HIV/AIDS and the Protection of Refugees, IDPs and Other Persons of Concern. Geneva. [www.unhcr.org/444e20892.html](http://www.unhcr.org/444e20892.html)

UNHCR (2007), Antiretroviral Medication Policy for Refugees. Geneva. [www.unhcr.org/45b479642.html](http://www.unhcr.org/45b479642.html)

UNHCR and Southern African Clinicians Society (2007), Clinical guidelines on antiretroviral therapy management for displaced populations.

[www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=46238d5f2&query=art%20guidelines](http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=46238d5f2&query=art%20guidelines)

UNHCR, WHO and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2009), Policy Statement on HIV Testing and Counselling in Health Facilities for Refugees, Internally Displaced Persons and other Persons of Concern to UNHCR. Geneva. [www.unhcr.org/4b508b9c9.html](http://www.unhcr.org/4b508b9c9.html)

WHO, UNFPA, UNICEF and The World Bank Group (2000, reprint 2007), Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. Geneva. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879_eng.pdf)

### Ferite

International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO) (2001), ISPO consensus conference on appropriate orthopaedic technology for low-income countries: conclusions and recommendations. Prosthetics Orthotics International. Vol. 25, pp 168–170.

ISPO Code of Conduct for International Non-Governmental Prosthetics, Orthotics, and Mobility Assistance: [www.usispo.org/code.asp](http://www.usispo.org/code.asp)

Landmines Survivors Network (2007), Prosthetics and Orthotics Programme Guide: implementing P&O services in poor settings: guide for planners and providers of services for persons in need of orthopaedic devices. Geneva.

Landmine Survivors Network (2007), Prosthetics and Orthotics Project Guide: supporting P&O services in low-income settings a common approach for organizations implementing aid projects. Geneva.

MSF (1989), Minor Surgical Procedures in Remote Areas. Paris.

WHO (1991), Surgery at the District Hospital: Obstetrics, Gynaecology, Orthopaedics and Traumatology. Geneva.

### Salute mentale

UNHCR and WHO (2008), Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide. Geneva.

[www.who.int/mental\\_health/emergencies/en/](http://www.who.int/mental_health/emergencies/en/)

WHO (2009), Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. Geneva. [www.who.int/mental\\_health/](http://www.who.int/mental_health/)

### Malattie non trasmissibili

Fauci, AS et al (eds) (2008), Harrison's Principles of Internal Medicine, 15th edition. McGraw Hill Professional. New York.

Foster, C et al (eds), The Washington Manual of Medical Therapeutics, 33rd edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers. Philadelphia.

Tiery, LM, McPhee, SJ, Papadakis, MA (eds) (2003), Current Medical Diagnosis and Treatment, 42nd edition. McGraw-Hill/Appleton & Lange. New York.



# Allegati



## Allegato 1

# Documenti chiave alla base della Carta dei principi umanitari

La Carta dei principi umanitari presenta le convinzioni condivise e i principi comuni relativi all'azione umanitaria e alle responsabilità in situazioni di disastro o conflitto, e sottolinea come questi siano riflessi nel diritto internazionale. La lista che segue dei documenti chiave include i maggiori strumenti del diritto internazionale relativi ai diritti umani internazionali, alla legge umanitaria internazionale (IHL), alle leggi per i rifugiati e all'azione umanitaria. Non si vuole dare conto delle leggi e degli sviluppi regionali. La lista include anche un numero di altre linee guida, standard e framework che formano la Carta dei principi umanitari. Dal momento che questa è necessariamente molto selettiva, ulteriori risorse e link web a questi documenti sono disponibili sul sito del Progetto Sphere ([www.sphereproject.org](http://www.sphereproject.org)). Dato lo spazio limitato, le note/appunti sono fornite solo per i documenti che sembrano richiedere un'introduzione o una spiegazione specifica, perché sono i più recenti o hanno connessioni specifiche relativamente a disastri o conflitti.

I documenti sono ordinati nematicamente, secondo i seguenti temi:

1. **Diritti umani, protezione e vulnerabilità**
2. **Conflitto armato e assistenza umanitaria**
3. **Rifugiati e sfollati interni (IDPs)**
4. **Disastri e assistenza umanitaria**

Per assicurare che lo stato di ogni documento sia chiaro, questi sono classificati entro dei sottotitoli:

1. **Trattati e diritto consuetudinario (laddove applicabili)**
2. **Linee guida e principi delle Nazioni Unite ed altri adottati formalmente a livello intergovernativo**
3. **Framework, linee guida e principi della politica umanitaria**

## 1. Diritti umani, protezione e vulnerabilità

I documenti seguenti sono relativi innanzitutto ai diritti umani riconosciuti nei trattati e nelle dichiarazioni universali. Sono anche inclusi un certo numero di documenti chiave relativi all'età (infanzia o anzianità), al sesso e alla disabilità, dal momento che queste sono alcune delle cause più comuni di vulnerabilità nei disastri o conflitti.

### 1.1. Trattati e diritto consuetudinario relativi a diritti umani, protezione e vulnerabilità

I trattati legislativi dei diritti umani riguardano gli stati che li sottoscrivono, ma il diritto consuetudinario (ad es. la proibizione della tortura) si applica a tutti gli stati. Le leggi relative ai diritti umani devono essere sempre applicate, con due eccezioni possibili:

- Alcuni diritti civili e politici possono essere parzialmente sospesi laddove venga dichiarato lo stato d'emergenza nazionale, coerentemente con l'Articolo 4 degli Accordi internazionali sui diritti civili e politici ("abrogazione").
- Durante conflitti armati, ufficialmente riconosciuti, nel caso di una controversia si applica l'IHL.

#### 1.1.1. Diritti umani internazionali

**La Dichiarazione Universale dei Diritti Umani 1948** (The Universal Declaration of Human Rights - UDHR) è stata adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite attraverso la risoluzione 217 A(III) del 10 dicembre 1948. [www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml](http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml)

Proclamata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1948, la UDHR riconosce per la prima volta che i diritti umani fondamentali debbano essere universalmente garantiti. Non è un trattato, ma c'è un accordo unanime nel considerarlo parte del diritto consuetudinario. La prima frase del preambolo introduce il concetto di "dignità innata" dell'essere umano come base fondamentale per i diritti umani, e il primo articolo recita: "Tutti gli esseri umani nascono liberi ed uguali in dignità e diritti".

**Il Patto Internazionale sui Diritti Civili e Politici 1966** (International Covenant on Civil and Political Rights - ICCPR) è stata adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite attraverso la risoluzione 2200A (XXI) del 16 dicembre 1966, ed entrata in vigore il 23 marzo 1976, Raccolta dei trattati delle Nazioni Unite Vol.999, pag.171 e Vol.1057 pag.407. [www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm](http://www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm)

**Il Secondo Protocollo facoltativo al ICCPR 1989** (Second Optional Protocol to ICCPR) (che mira ad abolire la pena di morte) è stato adottato dall'Assemblea

Generale delle Nazioni Unite attraverso la risoluzione 44/128 del 15 dicembre 1989, entrato in vigore l'11 luglio 1991, Raccolta dei trattati delle Nazioni Unite, Vol.1642, pag.414. [www2.ohchr.org/english/law/ccpr-death.htm](http://www2.ohchr.org/english/law/ccpr-death.htm)

Gli Stati contraenti l'ICCPR devono rispettare e assicurare i diritti per tutti gli individui all'interno del loro territorio o della loro giurisdizione, riconoscendo diritti equi per uomini e donne, e il diritto delle persone all'autodeterminazione. Alcuni diritti (marcati con un asterisco\*) non possono mai essere sospesi, nemmeno casi più gravi di emergenza nazionale.

**Diritti:** diritto alla vita\*; nessuna tortura o trattamenti crudeli, inumani o degradanti\*; nessuna schiavitù\*; nessun arresto o detenzione arbitrarie; umanità e dignità nella detenzione; nessuna detenzione per violazione di contratto\*; libertà di movimento e residenza; nessuna espulsione illegale degli stranieri; uguaglianza davanti alla legge, processi giusti e presunzione d'innocenza nei processi penali; nessuna retroattività\*; uguale riconoscimento davanti alla legge\*; vita privata; libertà di pensiero, religione e coscienza\*; libertà d'opinione, espressione e all'assemblea pacifica; libertà d'associarsi; diritto al matrimonio e alla vita familiare; protezione dei bambini; diritto di voto e alla partecipazione alla cosa pubblica; diritto delle minoranze a salvaguardare la loro cultura, religione e linguaggio\*.

**Il Patto Internazionale sui diritti Economici Sociali e Culturali 1966** (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights - ICESCR) è stato adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite attraverso la risoluzione 2200° (XXI) del 16 dicembre 1966, entrato in vigore il 3 gennaio 1976, Raccolta dei trattati delle Nazioni Unite, Vol.993, pag.3 [www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm](http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm)

Gli Stati contraenti concordano nell'impegnare tutte le risorse disponibili per "raggiungere progressivamente" i diritti stabiliti, che devono essere goduti ugualmente da uomini e donne.

Diritti: a lavorare; a ricevere giusta remunerazione; a far parte di un sindacato; ad avere sicurezza/assicurazione sociale; alla vita familiare, includendo la protezione delle madri dopo i parti e la protezione dei bambini contro lo sfruttamento; ad un adeguato standard di vita, includendo il cibo, il vestiario e la casa; alla salute mentale e fisica; all'educazione; a partecipare alla vita culturale e a godere dei benefici del progresso scientifico e culturale.

**Il Patto Internazionale sull'Eliminazione di Ogni Forma di Discriminazione Razziale 1969** (International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination - ICERD) è stato adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite attraverso la risoluzione 2106 (XX) del 21 dicembre 1965, entrato in vigore il 4 gennaio 1969, Raccolta dei trattati delle Nazioni Unite, Vol.660, pag.195. [www2.ohchr.org/english/law/cerd.htm](http://www2.ohchr.org/english/law/cerd.htm)

**Il Patto sull'Eliminazione di Ogni Forma di Discriminazione Contro le Donne 1979** (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women - CEDAW) è stato adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite attraverso la risoluzione 34/180 del 18 dicembre 1979, entrato in vigore il 3 settembre 1981, Raccolta dei trattati delle Nazioni Unite, Vol.1249, pag.13. [www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm](http://www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm)

**Il Patto sui Diritti dell'Infanzia 1989** (Convention on the Rights of the Child - CRC) è stato adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite attraverso la risoluzione 44/25 del 20 novembre 1989, entrato in vigore il 2 settembre 1990, Raccolta dei trattati delle Nazioni Unite, Vol.1577, pag.3. [www2.ohchr.org/english/law/crc.htm](http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm)

**Il Protocollo opzionale sul coinvolgimento dei bambini nei conflitti armati 2000** (Optional Protocol on the involvement of children in armed conflict) è stato adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite attraverso la risoluzione A/RES/54/263 del 25 maggio 2000, entrato in vigore il 12 febbraio 2002, Raccolta dei trattati delle Nazioni Unite, Vol.2173, pag.222. [www2.ohchr.org/english/law/crc-conflict.htm](http://www2.ohchr.org/english/law/crc-conflict.htm)

**Il Protocollo opzionale sulla vendita, prostituzione e pornografia dei bambini 2000** (Optional Protocol on the sale of children, child prostitution and child pornography) è stato adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite attraverso la risoluzione A/RES/54/263 del 25 maggio 2000, entrato in vigore il 18 gennaio 2002, Raccolta dei trattati delle Nazioni Unite, Vol.2171, pag.227. [www2.ohchr.org/english/law/crc-sale.htm](http://www2.ohchr.org/english/law/crc-sale.htm)

**Protocolle facultatif de 2000 à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant l'implication d'enfants dans les conflits armés**, adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution A/RES/54/263 du 25 mai 2000, entré en vigueur le 12 février 2002, Nations Unies, Recueil des traités, vol. 2173, p. 222. [www2.ohchr.org/french/law/crc-conflict.htm](http://www2.ohchr.org/french/law/crc-conflict.htm)

**Protocolle facultatif de 2000 à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants**, adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution A/RES/54/263 du 25 mai 2000, entré en vigueur le 18 janvier 2002, Nations Unies, Recueil des traités, vol. 2171, p. 221. [www2.ohchr.org/french/law/crc-sale.htm](http://www2.ohchr.org/french/law/crc-sale.htm)

Il CRC è riconosciuto quasi da tutti gli Stati. Questo ribadisce i diritti umani fondamentali dei bambini e definisce quando questi richiedono una protezione speciale (ad es. quando sono separati dalle loro famiglie). Il protocollo richiede agli stati contraenti un impegno attivo, positivo, riguardo alla protezione specifica dei bambini.

**Il Patto sui Diritti delle Persone con Disabilità 2006** (Convention on the Rights of Persons with Disabilities - CRPD) è stato adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite attraverso la risoluzione A/RES/61/106 del 13 dicembre 2006, entrato in vigore il 3 maggio 2008, Collezione dei trattati delle Nazioni Unite, Capitolo IV, 15. [www2.ohchr.org/english/law/disabilities-convention.htm](http://www2.ohchr.org/english/law/disabilities-convention.htm)

Il CRPD supporta i diritti delle persone con disabilità relativamente a tutti gli altri trattati sui diritti umani, e si occupa specificamente di far crescere la consapevolezza nei confronti delle persone con disabilità, così come della non discriminazione e dell'accessibilità di servizi e strutture. Viene fatta inoltre una menzione speciale per "situazioni di rischio e d'emergenza umanitaria" (Articolo 11).

### 1.1.2. Genocidi, torture ed altri abusi criminali relativi al diritto

**Il Patto sulla prevenzione e sulla punizione del Crimine di Genocidio 1948** (Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of Genocide) è stato adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite Risoluzione 260 (III) del 9 dicembre 1948, entrato in vigore il 12 gennaio 1951, Raccolta dei trattati delle Nazioni Unite, Vol.78, pag.277 [www2.ohchr.org/english/law/genocide.htm](http://www2.ohchr.org/english/law/genocide.htm)

**Il Patto contro la Tortura e Altri Trattamenti o Punizioni Crudeli, Inumani o Degradanti 1948** (Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) è stato adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite risoluzione 39/46 del 10 dicembre 1984, entrato in vigore il 26 giugno 1987, Raccolta dei trattati delle Nazioni Unite, Vol.1465, pag.85. [www2.ohchr.org/english/law/cat.htm](http://www2.ohchr.org/english/law/cat.htm)

Questo patto coinvolge un numero considerevole di Stati. Inoltre la proibizione della tortura è generalmente riconosciuta come parte del diritto consuetudinario internazionale. Nessun tipo di emergenza pubblica o di guerra può essere invocato per giustificare la tortura. I Paesi non devono ritornare (refouler) ad uno stato in cui qualcuno possa avere motivi validi per ritenersi in pericolo di tortura.

**Lo Statuto di Roma della Corte Penale Internazionale** (Rome Statute of the International Criminal Court) è stato adottato alla Conferenza Diplomatica di Roma, il 17 luglio 1998, ed è entrato in vigore il 1 luglio 2002, Raccolta dei trattati delle Nazioni Unite, Vol.2187, pag.3. [www.icrc.org/ihl.nsf/INTRO/585?OpenDocument](http://www.icrc.org/ihl.nsf/INTRO/585?OpenDocument)

L'Articolo 9 dello Statuto (Elementi costitutivi dei crimini) è stato adottato dalla Corte Penale Internazionale (International Criminal Court – ICC) nel 2002, descrive in dettaglio i crimini di guerra, i crimini contro l'umanità e i genocidi, con cui viene codificata la maggior parte del diritto penale internazionale consuetudinario. L'ICC può investigare e perseguire i casi che lo riguardano attraverso il Consiglio

di Sicurezza delle Nazioni Unite (anche se il Paese d'appartenenza della persona accusata non è parte dello Statuto), così come i crimini che sarebbero stati commessi da cittadini di Paesi membri dello Statuto, o nel territorio di loro competenza.

## 1.2. Principi e linee guida delle Nazioni Unite ed altri adottati formalmente a livello intergovernativo relativi a diritti umani, protezione e vulnerabilità

**Il Piano d'Azione Internazionale sull'Invecchiamento di Madrid 2002** (Madrid International Plan of Action on Ageing), Seconda Assemblea Mondiale delle Nazioni Unite sull'Invecchiamento, Madrid, 2002, approvato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite risoluzione 37/51 del 3 dicembre 1982. [www.globalaging.org/agingwatch/events/CSD/mipaa+5.htm](http://www.globalaging.org/agingwatch/events/CSD/mipaa+5.htm)

**I Principi delle Nazioni Unite per le persone anziane 1991** (United Nations Principles for Older Persons), Assemblea Generale delle Nazioni Unite Risoluzione 46/91 del 16 dicembre 1991. [www2.ohchr.org/english/law/olderpersons.htm](http://www2.ohchr.org/english/law/olderpersons.htm)

## 1.3 Framework, linee guida e principi della politica umanitaria relativi a diritti umani, protezione e vulnerabilità

**Protezione delle Persone Colpite da Catastrofi Naturali: IASC Linee guida Operative sui Diritti Umani e Calamità Naturali 2006** (Protecting Persons Affected by Natural Disasters: IASC Operational Guidelines on Human Rights and Natural Disasters), Inter-Agency Comitato Permanente. [www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx) Diritto Internazionale e le Standard Applicabili in Situazioni di Calamità Naturali (International Law and Standards Applicable in Natural Disaster Situations) (IDLO Manuale legale) del 2009, Organizzazione Internazionale per il Diritto sullo Sviluppo (IDLO). [www.idlo.int/DOCNews/352doc.pdf](http://www.idlo.int/DOCNews/352doc.pdf)

**Principi guida dell'interagenzia per i bambini non accompagnati e separati dalle famiglie 2002** (Inter-agency guiding principles on unaccompanied and separated children), è stato sviluppato da ICRC, l'Ufficio dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR), il Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (UNICEF), World Vision International, Save the Children UK e il Comitato di Soccorso Internazionale, 2009. [www.icrc.org](http://www.icrc.org)

**Manuale sul Genere nell’Azione Umanitaria 2006** (Gender Handbook in Humanitarian Action), Comitato permanente dell’interagenzia. [www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-subsidi-tf\\_gender-genderh](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-subsidi-tf_gender-genderh)  
 Linee guida IASC sulla Salute Mentale e sul Supporto in Situazioni d’Emergenza 2007 (IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings), Comitato permanente dell’interagenzia. [www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-subsidi-tf\\_mhps-default](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-subsidi-tf_mhps-default)

**INEE Standard Minimi per l’Educazione nelle Emergenze, Crisi Croniche e Ricostruzione Tempestiva 2007**, come aggiornato nel 2010 (INEE Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction), Network Interagenzia per l’Educazione nelle Emergenze (INEE) (formalmente riconosciuto come complemento standard di Sphere a partire dal 2008).

## 2. Conflitto armato, diritto umanitario internazionale e assistenza umanitaria

### 2.1. Trattati e diritto consuetudinario relativi a conflitti armati, diritto umanitario internazionale e assistenza umanitaria

Il diritto internazionale umanitario (IHL) specifica le soglie superate le quali i conflitti violenti diventano “conflitti armati” e perciò rende applicabile questo particolare regime giuridico. Il Comitato Internazionale della Croce Rossa (ICRC) è il depositario ufficiale dei trattati di diritto umanitario internazionale, e fornisce informazioni così come ampie risorse sul suo sito web ([www.icrc.org](http://www.icrc.org)), tra cui il commento ufficiale alle Convenzioni di Ginevra e ai suoi protocolli, e le regole dello studio riguardo al diritto consuetudinario umanitario internazionale.

#### 2.1.1. I trattati fondamentali del diritto internazionale umanitario

##### Le quattro Convenzioni di Ginevra del 1949

##### Protocollo aggiuntivo alle Convenzioni di Ginevra, Protezione delle Vittime dei Conflitti Armati Internazionali 1977 (Protocollo I)

##### Protocollo aggiuntivo alle Convenzioni di Ginevra, Protezione delle Vittime dei Conflitti Armati non Internazionali 1977 (Protocollo II)

[www.icrc.org/ihl.nsf/CONVPRES?OpenView](http://www.icrc.org/ihl.nsf/CONVPRES?OpenView)

Le quattro Convenzioni di Ginevra - di cui tutti gli Stati sono membri e che sono generalmente accettate come parte del diritto consuetudinario - riguardano la tutela e la cura dei feriti e dei malati in guerre via terra (I) e via mare (II), il trattamento dei prigionieri di guerra (III) e la protezione dei civili durante i conflitti armati (IV). Esse si applicano soprattutto ai conflitti armati internazionali, ad eccezione dell’articolo 3 comune alle Convenzioni che riguarda i conflitti non internazionali, e di alcuni altri elementi ora accettati come diritto consuetudinario nei conflitti non internazionali. I due protocolli del 1977 aggiornano le convenzioni a quel momento, in particolare le definizioni di combattenti e quelle relative ai conflitti non internazionali. Un certo numero di Stati non hanno aderito ai protocolli.

#### 2.1.2. Trattati sulle restrizioni delle armi o sulle armi proibite e sui beni culturali

Oltre alla “legge di Ginevra” descritta precedentemente, c’è anche il corpo di leggi spesso descritto come la “legge dell’Aia” sui conflitti armati. Ciò include la convenzione sulla protezione dei beni culturali e una serie di convenzioni sui tipi di armi che sono limitate o vietate, compresi i gas e altre armi chimiche e biologiche, armi convenzionali che hanno effetto indiscriminato o provocano sofferenze inutili, come mine antiuomo e munizioni a grappolo. [www.icrc.org/ihl.nsf](http://www.icrc.org/ihl.nsf)

### 2.1.3. IHL consuetudinario

L'IHL consuetudinario fa riferimento alle leggi sui conflitti armati che sono accettate dagli Stati, attraverso le loro dichiarazioni, politiche e pratiche, e riconosciute come regole consuetudinarie che si applicano a tutti gli Stati, indipendentemente dalla loro adesione ai trattati di diritto internazionale umanitario. Non esiste un elenco concordato di regole consuetudinarie, ma l'interpretazione più autorevole è lo studio seguente.

Diritto Internazionale Umanitario Consuetudinario (CIHL) Studio, ICRC, Henckaerts, J-M e Doswald-Beck, L, Cambridge University Press, Cambridge & New York, 2005. [www.icrc.org/ihl.nsf/INTRO/612?OpenDocument](http://www.icrc.org/ihl.nsf/INTRO/612?OpenDocument)

Lo studio copre quasi l'intero ambito del diritto riguardo ai conflitti armati. Esso elenca 161 regole specifiche e i casi in cui siano da applicare nei conflitti armati internazionali e/o conflitti armati non internazionali. Anche se alcuni commentatori giuridici criticano la sua metodologia, lo studio CIHL è emerso da un processo di ricerca ampiamente consultivo e rigoroso nel corso di dieci anni, e la sua autorità in quanto interpretazione delle norme consuetudinarie è ampiamente riconosciuta.

## 2.2. Linee guida e principi delle Nazioni Unite ed altri adottati formalmente a livello intergovernativo, relativi ai conflitti armati, diritto umanitario internazionale e assistenza umanitaria

“Aide Memoire” Consiglio di Sicurezza della Nazioni Unite sulla Protezione del 2002, nella versione aggiornata del 2003 (S/PRST/2003/27). <http://www.un.org/News/Press/docs/2002/SC7329.doc.htm> Questa non è una risoluzione vincolante per gli Stati, ma un documento di orientamento per il Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite in materia di mantenimento della pace e situazioni urgenti di conflitto, frutto di consultazioni tra una serie di agenzie delle Nazioni Unite e l'IASC.

**Risoluzioni del Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite sulla violenza sessuale e sulle donne nei conflitti armati**, in particolare le risoluzioni n. 1820 (2008), 1888 (2009) e 1889 (2009)

Tutte le risoluzioni del Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite per anno e numero: <http://www.un.org/documents/scres.htm>

## 2.3. Framework, linee guida e principi della politica umanitaria in materia di conflitti armati, diritto internazionale umanitario e assistenza umanitaria

**Standard professionali per il lavoro di protezione condotto da operatori umanitari e dei diritti umani nei conflitti armati e in altre situazioni di violenza, 2009, ICRC.** [www.icrc.org](http://www.icrc.org)

## 3. Rifugiati e sfollati interni (IDPs)

UNHCR - l'Agenzia delle Nazioni Unite per i Rifugiati - ha un mandato legale specifico per la protezione dei rifugiati ai sensi della Convenzione e del Protocollo Rifugiati. L'UNHCR ha anche ricevuto il mandato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite per mantenere i contatti con gli Stati riguardo alla protezione degli sfollati interni. L'UNHCR fornisce ampie risorse sul suo sito web. [www.unhcr.fr/cgi-bin/texis/vtx/home](http://www.unhcr.fr/cgi-bin/texis/vtx/home)

### 3.1. Trattati sui rifugiati e sugli sfollati interni

Oltre al trattato internazionale, questa sezione comprende due trattati dell'Unione Africana (ex Organizzazione dell'Unità Africana, o OUA), dal momento che entrambi rappresentano precedenti storici.

**Convenzione relativa allo Status dei Rifugiati 1951** (e successive modifiche), adottata dalla Conferenza delle Nazioni Unite di Plenipotenziari sullo Status dei Rifugiati e degli Apolidi, Ginevra, 02-25 luglio 1951, entrata in vigore il 22 aprile 1954, Raccolta dei trattati delle Nazioni Unite, Vol.189, p.137. [www2.ohchr.org/french/law/refugies.htm](http://www2.ohchr.org/french/law/refugies.htm)

**Protocollo relativo allo Status dei Rifugiati 1967**, ratificato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, attraverso la risoluzione 2198 (XXI) 2 del 16 dicembre 1966, Raccolta dei trattati delle Nazioni Unite, Vol.606, p.267. [www.unhcr.org/protect/PROTECTION/3b66c2aa10.pdf](http://www.unhcr.org/protect/PROTECTION/3b66c2aa10.pdf)

In quanto primo accordo internazionale sui rifugiati, la Convenzione definisce un rifugiato come una persona che, “per il timore fondato di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un determinato gruppo sociale, o delle sue opinioni politiche, si trova fuori del paese della sua cittadinanza, e non è in grado o, a causa di tale timore, non vuole avvalersi della protezione di tale paese o tornare lì perché c'è il timore di una persecuzione ...”

**OUA Convenzione che regola gli Aspetti Specifici del Problema dei Rifugiati in Africa 1969**, adottata dall'Assemblea dei capi di Stato e di governo nella sua sesta sessione ordinaria, Addis Abeba, 10 settembre 1969.

[www.unhcr.org/45dc1a682.html](http://www.unhcr.org/45dc1a682.html)

Questa accetta e amplia la definizione della Convenzione del 1951 così da includere coloro che sono stati costretti a lasciare il proprio paese non solo a causa di

persecuzione, ma anche a causa di aggressione esterna, occupazione, dominazione straniera o gravi turbamenti dell'ordine pubblico. Inoltre questa riconosce i gruppi non-statali come perpetratori di persecuzione e non richiede che i rifugiati dimostrino un legame diretto tra loro e il futuro pericolo.

Convenzione dell'Unione Africana per la Protezione e l'Assistenza degli Sfollati interni in Africa (Convenzione di Kampala) 2009, adottata da un vertice speciale dell'Unione Africana, tenutosi a Kampala, in Uganda, il 22 ottobre 2009, non ancora in vigore ad ottobre 2010. [www.unhcr.org/4ae9bede9.html](http://www.unhcr.org/4ae9bede9.html)

Si tratta della prima convenzione multilaterale riguardo agli sfollati interni. Inizialmente è stata ratificata da 17 Stati dell'Unione Africana ad ottobre 2009, ma richiede 15 ratifiche/adesioni formali per entrare in vigore.

### 3.2. Linee guida e principi delle Nazioni Unite ed altri adottati formalmente a livello intergovernativo relativi ai rifugiati e ai IDPs

**Principi Guida sullo Sfollamento interno 1998, riconosciuti nel settembre 2005 dai capi di Stato e di governo riuniti al Vertice Mondiale di New York attraverso la risoluzione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite 60/L.1 (132, UN Doc. A/60/L.1)** come "un importante quadro di riferimento internazionale per la protezione degli sfollati interni". [www.idpguidingprinciples.org/](http://www.idpguidingprinciples.org/)

Questi principi si basano sul diritto umanitario internazionale, sui diritti umani e sul corrispondente diritto dei rifugiati, e sono destinati a servire come standard internazionale per orientare i governi, le organizzazioni internazionali e tutti gli altri attori rilevanti nel fornire assistenza e protezione ai IDPs.

## 4. Disastri e assistenza umanitaria

### 4.1. Trattati sui disastri e sull'assistenza umanitaria

**Convenzione sulla Sicurezza delle Nazioni Unite e del Personale Associato 1994**, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite attraverso la risoluzione 49/59 del 9 dicembre 1994, entrata in vigore il 15 gennaio 1999, Raccolta dei trattati delle Nazioni Unite, Vol.2051, p.363. [www.un.org/law/cod/safety.htm](http://www.un.org/law/cod/safety.htm)

**Protocollo facoltativo alla Convenzione sulla Sicurezza delle Nazioni Unite e del Personale Associato 2005**, adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite attraverso la risoluzione A/60/42 dell'8 dicembre 2005, entrata in vigore il 19 agosto 2010.

Nella convenzione, la protezione è limitata al mantenimento della pace delle Nazioni Unite, a meno che le Nazioni Unite non abbiano dichiarato un "rischio

eccezionale" - un requisito impraticabile. Il protocollo corregge questo difetto importante nella convenzione e estende la protezione giuridica a tutte le operazioni delle Nazioni Unite, dall'assistenza umanitaria d'emergenza alla costruzione della pace e alla fornitura di assistenza umanitaria, politica e allo sviluppo.

**Convenzione sull'Aiuto Alimentare 1999**, uno strumento giuridico distinto nell'ambito della Convenzione sul Commercio dei Cereali 1995, amministrato dal Comitato per l'Aiuto Alimentare attraverso il Segretariato del Consiglio Internazionale dei Cereali (IGC).

**Convenzione di Tampere sulla fornitura delle Risorse di Telecomunicazione per la Mitigazione dei Disastri e per le Operazioni di Soccorso 1998**, approvata dalla Conferenza intergovernativa sulle telecomunicazioni di emergenza 1998, entrata in vigore l'8 gennaio 2005, Raccolta dei trattati delle Nazioni Unite, Vol.2296, p.5. [www.unhcr.org/refworld/publisher,ICET98,,41dec59d4,0.html](http://www.unhcr.org/refworld/publisher,ICET98,,41dec59d4,0.html)

**Convenzione Framework delle Nazioni Unite sui Cambiamenti Climatici 1992 (UNFCCC)**, adottata dalla Conferenza delle Nazioni Unite sull'ambiente e sullo sviluppo, Rio de Janeiro, 4-14 giugno 1992, accolta dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite attraverso la risoluzione 47/195 del 22 dicembre 1992, entrata in vigore il 21 marzo 1994, Raccolta dei trattati delle Nazioni Unite, Vol.1771, p.107. [http://unfccc.int/essential\\_background/convention/items/2627.php](http://unfccc.int/essential_background/convention/items/2627.php)

**Protocollo di Kyoto alla UNFCC 1997**, adottato in occasione della terza sessione della Conferenza degli Stati membri della Convenzione Framework, Kyoto, Giappone l'11 dicembre 1997, entrato in vigore il 16 febbraio 2005, Raccolta dei trattati delle Nazioni Unite, Vol.2303, p.148.

[http://unfccc.int/essential\\_background/kyoto\\_protocol/items/1678.php](http://unfccc.int/essential_background/kyoto_protocol/items/1678.php)

L'UNFCCC e il Protocollo di Kyoto affrontano l'urgente necessità di attuare strategie di adattamento al cambiamento climatico e di riduzione del rischio, così come la necessità di rafforzare le capacità locali e la resilienza, in particolare nei paesi che sono soggetti a disastri naturali. Questi sottolineano le strategie di riduzione dei disastri e di gestione dei rischi, in particolare per quanto riguarda i cambiamenti climatici.

### 4.2. Linee guida e principi delle Nazioni Unite ed altri adottati formalmente a livello intergovernativo relativi ai disastri e all'assistenza umanitaria

Rafforzamento del coordinamento dell'assistenza umanitaria all'emergenza delle Nazioni Unite, con l'Allegato, Principi guida, Risoluzione dell'Assemblea Generale 46/182 del 19 dicembre 1991.

Ciò ha portato alla creazione del Dipartimento delle Nazioni Unite per gli Affari Umanitari, che nel 1998 è diventato l'Ufficio delle Nazioni Unite per il Coordinamento degli Affari Umanitari (OCHA).

Framework di Azione di Hyogo 2005-2015: Costruire la resilienza delle nazioni e delle comunità ai disastri, adottato dalla Conferenza Mondiale sulla Riduzione dei Disastri 2005. [www.unisdr.org/eng/hfa/hfa.htm](http://www.unisdr.org/eng/hfa/hfa.htm)

Questo stabilisce le strategie per gli Stati e per le agenzie umanitarie in modo da includere la riduzione del rischio di disastri nell'attuazione dei programmi di risposta alle emergenze, di recupero e di preparazione, integrando lo sviluppo sostenibile e la costruzione della capacità di resilienza.

Linee guida per la facilitazione domestica e la regolamentazione dell'assistenza internazionale ai disastri e alla ricostruzione iniziale, (Linee guida IDRL) 2007, adottate dalla 30° Conferenza Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa (che comprende gli Stati membri della Convenzioni di Ginevra).

[www.ifrc.org/what/disasters/idrl/index.asp](http://www.ifrc.org/what/disasters/idrl/index.asp)

#### **4.3. Framework, linee guida e principi della politica umanitaria in merito a disastri e assistenza umanitaria**

**Codice di condotta per il Movimento Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa, e per le organizzazioni non governative (NGOs) in caso di catastrofe** (si veda l'Annesso 2: Codice di Condotta a pag.368).

**Principi fondamentali del Movimento della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa 1965**, adottati dalla 20° Conferenza Internazionale della Croce Rossa. [www.ifrc.org/what/values/principles/index.asp](http://www.ifrc.org/what/values/principles/index.asp)

**HAP Standard per la Responsabilità in ambito umanitario 2007**, Partnership per la responsabilità in ambito umanitario (un organismo internazionale di autoregolamentazione per il settore umanitario, compresa la certificazione). [www.hapinternational.org](http://www.hapinternational.org)

**Principi e buone pratiche per l'Aiuto umanitario 2003**, approvato dalla Conferenza di Stoccolma dei paesi donatori, delle Agenzie delle Nazioni Unite, ONG e Movimento Internazionale della Croce Rossa e Mezzaluna Rossa, e firmati dalla Commissione Europea e 16 Stati. [www.goodhumanitarianandonorship.org](http://www.goodhumanitarianandonorship.org)

**Principi di partnership: una dichiarazione d'impegno 2007**, approvati nella riunione globale della Piattaforma Umanitaria nel luglio 2007 (un meccanismo di dialogo tra le Nazioni Unite e le organizzazioni umanitarie non ONU). [www.globalhumanitarianplatform.org/ghp.html](http://www.globalhumanitarianplatform.org/ghp.html)

## **Allegato 2**

# **Codice di condotta** per il Movimento Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa, e delle Organizzazioni non governative (NGOs) in caso di catastrofe

Preparato congiuntamente dalla Federazione internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa insieme al Comitato Internazionale della Croce Rossa<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Con il supporto di: Caritas Internationalis\*, Catholic Relief Services\*, Federazione internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa\*, International Save the Children Alliance\*, Federazione mondiale luterana\*, Oxfam\*, Consiglio mondiale delle chiese\*, Comitato internazionale della Croce Rossa (\*membri del Comitato direttivo per la risposta umanitaria).

## Oggetto

Questo Codice di Condotta si propone di vigilare sui nostri standard di comportamento. Non si tratta di dettagli operativi, ad esempio su come si debbano calcolare le razioni alimentari o impostare un campo profughi. Piuttosto cerca di mantenere gli elevati standard di indipendenza, efficacia e effettività nella risposta alle catastrofi, a cui aspirano le ONG e il Movimento Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa. Si tratta di un codice volontario, che è rispettato per la volontà dell'organizzazione che lo accetta, di mantenere le norme stabilite nel Codice.

In caso di conflitto armato, il presente Codice di Comportamento sarà interpretato ed applicato in conformità al diritto umanitario internazionale. Il codice di condotta è innanzitutto presentato. Collegati a questo ci sono tre allegati, che descrivono l'ambiente di lavoro che vorremmo vedere creato da governi ospitanti, governi donatori e organizzazioni intergovernative, al fine di facilitare la fornitura efficace di assistenza umanitaria.

## Definizioni

**ONG:** NGO (ONG - Organizzazioni Non Governative) si riferisce qui alle organizzazioni, sia nazionali che internazionali, che sussistono separatamente dal governo del paese in cui sono state fondate.

**NGHAs:** Ai fini del presente testo, il termine Agenzie Umanitarie Non Governative (Non-Governmental Humanitarian Agencies - NGHAs) è stato coniato per racchiudere le componenti del Movimento Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa - Il Comitato Internazionale della Croce Rossa, la Federazione Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa e le sue Società Nazionali - e le ONG, come definite sopra. Questo codice si riferisce in particolare a quelle NGHAs che sono coinvolte nella risposta ai disastri.

**IGOs:** IGO (Organizzazioni Inter-Governative) si riferisce alle organizzazioni costituite da due o più governi. Comprende quindi tutte le agenzie delle Nazioni Unite e le organizzazioni regionali.

**Disastri:** Un disastro è un evento calamitoso, che porta la perdita di vite umane, grandi sofferenze ed angoscia, e danni materiali su larga scala.

## Il codice di condotta: Principi di condotta per il Movimento Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa e per le ONG nei programmi di risposta ai disastri

### 1) L'imperativo umanitario viene prima

Il diritto di ricevere assistenza umanitaria, e di offrirla, è un principio umanitario fondamentale che dovrebbe essere fruibile da tutti i cittadini di tutti i paesi. Come membri della comunità internazionale, riconosciamo il nostro obbligo di fornire assistenza umanitaria ovunque sia necessario. Da qui la necessità di un accesso senza ostacoli alle popolazioni colpite è di fondamentale importanza nell'esercizio di tale responsabilità. La principale motivazione nella nostra risposta al disastro è quella di alleviare la sofferenza umana tra coloro che sono meno in grado di far fronte alle conseguenze del disastro. Quando diamo aiuto umanitario non si tratta di un atto di parte o politico, e non dovrebbe essere considerato come tale.

### 2) L'aiuto è concesso a prescindere dalla razza, dal credo o dalla nazionalità dei beneficiari, e senza distinzioni di alcun genere. Le priorità degli aiuti sono calcolate sulla base del solo bisogno

Laddove possibile, la fornitura degli aiuti di soccorso si baserà su una valutazione approfondita dei bisogni delle vittime di disastri e delle capacità locali già in atto per soddisfare tali bisogni. Nella totalità dei nostri programmi, rifletteremo su considerazioni di proporzionalità. Ogni volta che si riscontra la sofferenza umana deve essere alleviata; la vita è preziosa in ogni paese. Quindi, la nostra fornitura di aiuti rifletterà il grado di sofferenza che cerca di alleviare. Nell'attuare questo approccio, riconosciamo il ruolo fondamentale svolto dalle donne nelle comunità a rischio di catastrofi e ci assicuriamo che questo ruolo sia sostenuto, non sminuito, attraverso i nostri programmi di aiuto. L'attuazione di una politica così universale, imparziale e indipendente, può essere efficace solo se noi e i nostri partner avremo accesso alle risorse necessarie per provvedervi, e allo stesso tempo avremo pari accesso a tutte le vittime di disastro.

### 3) L'aiuto non sarà utilizzato per favorire un particolare punto di vista politico o religioso

L'aiuto umanitario sarà fornito in base ai bisogni degli individui, delle famiglie e delle comunità. Fermo restando il diritto delle NGHAs di sposare particolari opinioni politiche o religiose, noi affermiamo che l'assistenza non sarà dipendente dalla adesione dei beneficiari a tali opinioni. Non legheremo la promessa, la fornitura o la distribuzione degli aiuti all'accettazione di un determinato credo politico o religioso.

### 4) Ci impegneremo per non agire come strumenti di politica estera dei governi

Le NGHAs sono agenzie che agiscono in modo indipendente dai governi. Perciò formuliamo le nostre linee politiche e strategie di attuazione, e non cerchiamo di attuare la politica di alcun governo, se non nella misura in cui essa coincida con la nostra politica indipendente. Non sarà mai consapevolmente - o per negligenza - permesso, a noi stessi o ai nostri dipendenti, di essere utilizzati per raccogliere informazioni di natura politica, militare o economica, sensibili per i governi o altri organismi, che possono occuparsi di scopi diversi da quelli strettamente umanitari, né ci si comporterà mai come strumenti di politica estera dei governi donatori. Useremo l'assistenza che riceviamo per rispondere ai bisogni, e tale assistenza non dovrebbe essere guidata dalla necessità di smaltire le eccedenze delle materie prime dei donatori, né dall'interesse politico di qualsiasi particolare donatore. Apprezziamo e promuoviamo la donazione volontaria di lavoro e finanziamenti da parte di individui interessati a sostenere il nostro lavoro, e siamo coscienti del valore d'indipendenza dell'azione promossa da tale base volontaria. Per proteggere la nostra indipendenza cercheremo di evitare di dipendere da una sola fonte di finanziamento.

### 5) Rispettiamo la cultura e i costumi

Cercheremo di rispettare la cultura, le strutture e le usanze delle comunità e dei paesi in cui stiamo lavorando.

### 6) Cercheremo di costruire una risposta ai disastri sulle capacità locali

Tutte le persone e le comunità - anche in caso di disastro - posseggono capacità così come vulnerabilità. Laddove possibile, rafforzeremo queste capacità impiegando personale locale, acquistando materiali locali e trattando con le compagnie locali. Se possibile, lavoreremo con le NGHAs locali come partner nella pianificazione e nell'attuazione, e coopereremo con le strutture governative locali, laddove opportuno. Il corretto coordinamento delle nostre risposte all'emergenza avrà la massima priorità. Tale coordinamento è gestito al meglio nei paesi interessati da coloro che sono direttamente coinvolti nelle operazioni di soccorso, e dovrebbe includere rappresentanti degli organi competenti delle Nazioni Unite.

### 7) Devono essere trovati dei modi per coinvolgere i beneficiari dei programmi nella gestione degli aiuti

L'assistenza in risposta ai disastri non dovrebbe mai essere imposta ai beneficiari. Un soccorso efficace e una riabilitazione duratura possono essere meglio raggiunti nel momento in cui i destinatari sono coinvolti nella progettazione, gestione e attuazione del programma di assistenza. Ci impegneremo a raggiungere la piena partecipazione della comunità nei nostri programmi di soccorso e riabilitazione.

### 8) I soccorsi deve impegnarsi a ridurre le future vulnerabilità al disastro così come a soddisfare i bisogni fondamentali

Tutte le azioni di soccorso influenzano le prospettive di sviluppo a lungo termine, sia in positivo che in negativo. Riconoscendo questo, ci impegneremo ad attuare programmi di soccorso che riducano attivamente la vulnerabilità dei beneficiari ai futuri disastri e aiutino a creare stili di vita sostenibili. Presteremo particolare attenzione alle questioni ambientali nella progettazione e gestione dei programmi di soccorso. Ci impegneremo anche a ridurre al minimo l'impatto negativo dell'assistenza umanitaria, cercando di evitare la dipendenza del beneficiario da aiuti esterni a lungo termine.

### 9) Ci riteniamo responsabili nei confronti sia di coloro che cerchiamo di assistere e sia di coloro dai quali accettiamo risorse

Spesso operiamo come legame istituzionale nella partnership tra coloro che vogliono aiutare e coloro che hanno bisogno di assistenza in caso di disastro. Pertanto ci riteniamo responsabili verso entrambe le componenti. Tutti i nostri rapporti con i donatori e i beneficiari devono riflettere un atteggiamento di apertura e trasparenza. Riconosciamo la necessità di riferire delle nostre attività, sia dal punto di vista finanziario e che da quello dell'efficacia. Riconosciamo l'obbligo di garantire un adeguato monitoraggio della distribuzione degli aiuti e di effettuare valutazioni periodiche riguardo all'impatto dell'assistenza al disastro. Cercheremo anche di riportare, in modo aperto, l'impatto del nostro lavoro, e dei fattori che limitano o rafforzano tale impatto. I nostri programmi saranno basati su elevati standard di professionalità e competenza, al fine di ridurre al minimo lo spreco di risorse preziose.

### 10) Nelle nostre attività di informazione, diffusione e pubblicizzazione, riconosceremo le vittime di disastri come esseri umani dignitosi, non oggetti senza speranza

Durante le azioni il rispetto per la vittima di disastro come interlocutore alla pari non dovrebbe mai essere perso. Nella nostra informazione pubblica dobbiamo ritrarre un'immagine obiettiva della situazione di disastro, in cui sono evidenziate le capacità e le aspirazioni delle vittime, e non solo le loro vulnerabilità e paure. Mentre noi coopereremo con i media, al fine di migliorare la risposta pubblica, non permetteremo che sollecitazioni esterne o interne per pubblicità abbiano la precedenza sul principio di massimizzazione generale dei soccorsi. Eviteremo di competere con altre agenzie di risposta ai disastri riguardo alla copertura dei media in situazioni in cui questa può andare a scapito del servizio fornito ai beneficiari o della sicurezza del nostro personale e dei beneficiari.

### L'ambiente di lavoro

Avendo deciso unilateralmente di sforzarsi di rispettare il Codice di cui sopra, vi presentiamo qui di seguito alcune linee guida indicative che descrivono l'ambiente di lavoro che vorremmo vedere creato da governi donatori, governi ospitanti e organizzazioni intergovernative - principalmente le agenzie delle Nazioni Unite - al fine di facilitare l'effettiva partecipazione delle NGHAs nella risposta ai disastri.

Queste linee guida sono presentate come orientamento. Non sono giuridicamente vincolanti, né ci aspettiamo che i governi e le organizzazioni intergovernative indichino di accettarle attraverso la firma di un qualsiasi documento, anche se questo può essere un obiettivo su cui lavorare per il futuro. Queste sono presentate in uno spirito di apertura e cooperazione, in modo che i nostri partner diventino coscienti del rapporto che idealmente ricerchiamo con loro.

## Allegato I: Raccomandazioni ai governi dei paesi colpiti da disastro

### 1 I governi dovrebbero riconoscere e rispettare l'azione indipendente, umanitaria e imparziale delle NGHAs

Le NGHAs sono organismi indipendenti. Questa indipendenza e imparzialità dovrebbero essere rispettati dai governi ospitanti.

### 2 I governi ospitanti dovrebbero facilitare l'accesso rapido alle vittime dei disastri da parte delle NGHAs

Se le NGHAs sono volte ad agire nel pieno rispetto dei loro principi umanitari, devono avere garantito un accesso rapido e imparziale alle vittime di disastri, con lo scopo di fornire assistenza umanitaria. È dovere del governo ospite, come parte dell'esercizio della responsabilità sovrana, non ostacolare tale assistenza, ed accettare l'azione imparziale e apolitica delle NGHAs. I governi ospitanti dovrebbero agevolare l'ingresso rapido del personale di soccorso, in particolare attraverso l'esonero dai visti per il transito, in entrata e in uscita, o assicurandosi che questi siano concessi rapidamente. I governi dovrebbero concedere il permesso di sorvolare l'area e il diritto all'atterraggio per i mezzi aerei che trasportano aiuti e personale umanitario, per la durata della fase di soccorso all'emergenza.

### 3 I governi dovrebbero agevolare il flusso tempestivo di beni di soccorso e di informazioni durante i disastri

Le forniture e attrezzature di soccorso sono portate in un paese al solo scopo di alleviare la sofferenza umana, non per un qualche beneficio commerciale o guadagno. A tali forniture di norma dovrebbe essere consentito un passaggio libero e senza restrizioni, e non dovrebbero essere soggette ai requisiti dei certificati consolari di origine o delle fatture, delle licenze di importazione e/o esportazione o ad altre restrizioni, o alle imposte sulle importazioni, alle tasse di atterraggio o alle spese portuali.

L'importazione temporanea delle attrezzature necessarie ai soccorsi, compresi veicoli, aerei leggeri e apparecchiature di telecomunicazione, dovrebbe essere

facilitata nella ricezione da parte del governo ospitante attraverso la temporanea rinuncia a licenze o a restrizioni nella registrazione. Allo stesso modo, i governi non dovrebbero limitare la riesportazione delle attrezzature di soccorso, alla fine di una operazione.

Per facilitare le comunicazioni in merito a disastri, i governi ospitanti sono incoraggiati a designare determinate frequenze radio, che le organizzazioni umanitarie possano utilizzare all'interno del paese e per le comunicazioni internazionali relative ai disastri, e a rendere tali frequenze note alla comunità di soccorso umanitario prima del disastro. Essi dovrebbero autorizzare il personale umanitario ad utilizzare tutti i mezzi di comunicazione necessari per le loro operazioni di soccorso.

### 4 I governi dovrebbero cercare di fornire un servizio coordinato d'informazione e di pianificazione in merito al disastro

La pianificazione e il coordinamento generale delle operazioni di soccorso è in ultima analisi responsabilità del governo ospitante. La pianificazione e il coordinamento possono essere notevolmente migliorati se le NGHAs dispongono di informazioni in merito ai bisogni di aiuto e ai sistemi governativi per la pianificazione e l'attuazione delle attività di soccorso, così come di informazioni sui potenziali rischi alla sicurezza che possono incontrare. I governi sono invitati a fornire tali informazioni alle NGHAs. Per facilitare un coordinamento efficace e l'utilizzo efficiente delle operazioni di soccorso, i governi ospitanti sono invitati a designare, prima del disastro, un punto di contatto unico per collegare le NGHAs in arrivo alle autorità nazionali.

### 5 Operazioni di soccorso al disastro in caso di conflitto armato

In caso di conflitto armato, le azioni di soccorso sono disciplinate dalle disposizioni in merito del diritto umanitario internazionale.

## Allegato II: Raccomandazioni ai governi traditori

### 1 I governi donatori dovrebbero riconoscere e rispettare le azioni indipendenti, umanitarie e imparziali delle NGHAs

Le NGHAs sono organismi indipendenti la cui indipendenza e imparzialità deve essere rispettato dai governi donatori. I governi donatori non dovrebbero usare le NGHAs per promuovere qualsiasi scopo politico o ideologico.

### 2 I governi donatori dovrebbero fornire finanziamento con una garanzia di indipendenza operativa

Le NGHAs accettano finanziamenti e assistenza materiale da parte dei governi donatori nello stesso spirito con cui li rendono alle vittime del disastro; quello di un'azione umana e indipendente. L'attuazione delle azioni di soccorso è in ultima analisi responsabilità delle NGHAs e verrà effettuata seguendo le loro linee politiche.

### 3 I governi donatori dovrebbero usare le loro capacità per assistere le NGHAs ad ottenere l'accesso alle vittime di disastro

I governi donatori dovrebbero riconoscere l'importanza di accettare un livello di responsabilità per la sicurezza e la libertà di accesso del personale delle NGHAs nei luoghi delle catastrofi. Queste devono essere pronte a esercitare la diplomazia con i governi ospitanti su tali questioni, se necessario.

## Allegato III: Raccomandazioni alle organizzazioni intergovernative

### 1 Le IGOs dovrebbero riconoscere le NGHAs, locali e straniere, come validi partner

Le NGHAs sono disposte a lavorare con le agenzie delle Nazioni Unite e altre intergovernative per effettuare una migliore risposta ai disastri. Lo fanno in uno spirito di collaborazione che rispetta l'integrità e l'indipendenza di tutti i partner. Le agenzie intergovernative devono rispettare l'indipendenza e l'imparzialità delle NGHAs. Le NGHAs dovrebbero essere consultato dalle agenzie delle Nazioni Unite nella preparazione dei piani di soccorso.

### 2 Le IGOs dovrebbero assistere i governi ospitanti a fornire un quadro di coordinamento generale per le operazioni di soccorso locali e internazionali

Le NGHAs di solito non hanno il mandato di fornire il quadro generale di coordinamento per i disastri che richiedono una risposta internazionale. Questa responsabilità spetta al governo ospitante e alle autorità competenti delle Nazioni Unite. Essi sono invitati a fornire questo servizio in modo tempestivo ed efficace, così che sia utile per lo Stato colpito e per la comunità nazionale e internazionale di risposta al disastro. In ogni caso, le NGHAs dovrebbero compiere tutti gli sforzi per garantire l'efficace coordinamento dei propri servizi. In caso di conflitto armato, le azioni di soccorso sono gestite secondo le disposizioni del diritto internazionale umanitario.

### 3 Le IGOs dovrebbero estendere la protezione di sicurezza prevista per le organizzazioni delle Nazioni Unite alle NGHAs

Laddove i servizi di sicurezza sono previsti per le organizzazioni intergovernative, questo servizio dovrebbe essere esteso ai loro partner operativi NGHAs, se richiesto.

### 4 Le IGOs dovrebbero fornire alle NGHAs lo stesso accesso alle informazioni pertinenti, come è garantito agli organismi delle Nazioni Unite

Le IGOs sono esortate a condividere tutte le informazioni, pertinenti alla realizzazione di una risposta efficace al disastro, con i loro partner operativi NGHAs.

## Allegato 3

# Abbreviazioni e acronimi

ACT	Artemisinin-based combination therapy
ALNAP	Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action
ART	Anti-retroviral therapy
ARV	Anti-retroviral
BCPR	Bureau for Crisis Prevention and Recovery (UNDP)
BEmOC	Basic emergency obstetric care
BMI	Body mass index
BMS	Breastmilk substitutes
BTS	Blood transfusion service
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CE-DAT	Complex Emergency Database
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women
CEmOC	Comprehensive emergency obstetric care
CFR	Case fatality rate
CHW	Community Health Worker
CIHL	Customary International Humanitarian Law
cm	Centimetre
CMR	Crude mortality rate
CRC	Convention on the Rights of the Child
CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities
CRS	Catholic Relief Services
CTC	Cholera treatment centre
DAC	Development Assistance Committee
DPT	Diphtheria, pertussis and tetanus
ECB	Emergency Capacity Building (Project)
ENA	Emergency Nutrition Assessment
EPI	Expanded Programme on Immunization
ETAT	Emergency Triage, Assessment and Treatment
EWARN	Early warning
FANTA	Food and Nutrition Technical Assistance
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations

FTE	Full-time equivalent
GMO	Genetically modified organism
HAP	Humanitarian Accountability Partnership
HIS	health information system
IASC	Inter-Agency Standing Committee
ICC	International Criminal Court
ICCPR	International Covenant on Civil and Political Rights
ICERD	International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination
ICESCR	International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights
ICRC	International Committee of the Red Cross
ICVA	International Council of Voluntary Agencies
IDLO	International Development Law Organization
IDP	internally displaced person
IFE	Infant feeding in emergencies
IFPRI	International Food Policy Research Institute
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
IGC	International Grains Council
IHL	International humanitarian law
IMAI	Integrated Management of Adult Illness
IMCI	Integrated Management of Childhood Illnesses
IMPAC	Integrated Management of Pregnancy and Childbirth
INEE	Inter-Agency Network for Education in Emergencies
IPC	Infection prevention and control
IRC	International Rescue Committee
IRS	Indoor residual spraying
ISPO	International Society for Prosthetics and Orthotics
IYCF	Infant and young child feeding
km	Kilometre
LBW	Low birth weight
LEDS	Light-emitting diodes
LEGS	Livestock Emergency Guidelines and Standards
LLIN	Long-lasting insecticide-treated net
MISP	Minimum Initial Service Package
MOH	Ministry of Health
MSF	Médecins sans Frontières
MUAC	Mid upper arm conference
NCDs	Non-communicable diseases
NCHS	National Center for Health Statistics
NFI	Non-food item
NGO	Non-governmental organisation
NICS	Nutrition in Crisis Information System
NRC	Norwegian Refugee Council
NTU	Nephelometric turbidity units
OAU	Organization of African Unity (now African Union)

OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights
ORS	Oral rehydration salts
PAHO	Pan American Health Organization
PEP	post-exposure prophylaxis
PLHIV	People living with HIV
PLWHA	People living with HIV and AIDS
PMTCT	Prevention of mother-to-child transmission (of HIV)
PoUWT	Point-of-use water treatment
Q&A	Quality and accountability
RH	Reproductive health
RNI	Reference nutrient intakes
SCM	Supply chain management
SEEP	Small Enterprise Education and Promotion (Network)
SKAT	Swiss Centre for Appropriate Technology
SMART	Standardised Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
STIs	Sexually transmitted infections
TB	Tuberculosis
TIG	Tetanus immune globulin
U5MR	Under-5 mortality rate
UDHR	Universal Declaration of Human Rights
UN	United Nations
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UN-DDR	United Nations Disarmament, Demobilization and Reintegration
UNDP	United Nations Development Programme
UNFCCC	United Nations Framework Convention on Climate Change
UNFPA	United Nations Population Fund
UN-Habitat	United Nations Human Settlements Programme
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UN Refugee Agency)
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNISDR	United Nations International Strategy for Disaster Reduction
USAID	United States Agency for International Development
VCA	Vulnerability and capacity analysis
VIP	Ventilated improved pit (latrine)
WASH	Water Supply, Sanitation and Hygiene Promotion
WEDC	Water, Engineering and Development Centre
WFH	weight for height
WFP	World Food Programme
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization
WSP	Water Safety Plan

# Indice



**A**

acute malnutrition see malnutrition  
accommodation 240, 246, 252, 254, 255, 256, 259, 260, 263, 274  
accountability ii, iii, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 24, 53, 57, 70, 74, 75, 76, 77, 91, 159, 187, 188, 192, 193, 202, 367, 377, 378, 379  
administrative offices 256  
aid agencies see humanitarian agencies  
AIDS see HIV and AIDS  
aid worker 7, 50, 52, 53, 54, 61, 63, 71, 72, 73, 76, 86, 148, 236, 247, 294  
anthropometric survey 155, 156, 221, 223  
artificial feeding see feeding  
assistance iii, vi, 4, 6, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 53, 56, 57, 60, 65, 66, 67, 68, 70, 73, 75, 78, 83, 86, 92, 143, 144, 149, 150, 163, 175, 176, 179, 197, 198, 199, 202, 203, 231, 233, 236, 237, 243, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 255, 256, 260, 262, 263, 264, 268, 269, 270, 277, 279, 280, 281, 285, 291, 294, 299, 313, 325, 353, 356, 361, 363, 364, 365, 366, 369, 370, 371, 372, 373, 375, 378  
assessment see initial assessment, needs assessment, risk assessment

**B**

bathing see washing  
bedding 112, 113, 240, 241, 242, 244, 252, 268, 271, 272, 282  
see also non-food items (NFIs)  
see also thermal comfort  
beriberi 156, 173, 181  
best practice 4, 173, 186, 254, 263  
biological weapons 362  
birth attendants 125, 325, 326  
see also women  
boys 15, 21, 32, 53, 61, 66, 75, 130, 237, 271, 272, 286  
see also children  
breastfeeding 158, 160, 161, 162, 163, 165, 168, 169, 171, 172, 179, 180, 182, 185, 218, 219, 220, 221, 227, 229, 256, 324  
breastmilk 159, 161, 162, 163, 219, 377  
see also milk  
see also supplementary feeding

burial 43, 57, 119, 120, 191, 255, 300  
culturally appropriate burials 43, 255

**C**

campes 33, 34, 37, 63, 114, 178, 193, 240, 245, 246, 249, 251, 254, 257, 285, 319  
see also settlement  
see also shelter  
caregivers 107, 158, 160, 161, 163, 172, 183, 184, 198, 218, 220, 222  
case fatality rates 317, 319, 320, 347, 377  
cash and voucher transfers 11, 94, 140, 141, 142, 145, 147, 152, 153, 160, 166, 170, 175, 176, 178, 199, 200, 201, 202, 203, 207, 210, 268, 304  
see also food transfers  
cash for work 201, 209, 210, 253  
children iv, v, vi, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 31, 35, 40, 42, 43, 45, 57, 63, 64, 66, 73, 76, 91, 92, 94, 96, 99, 104, 106, 107, 108, 110, 113, 119, 125, 130, 140, 141, 142, 146, 147, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 174, 178, 179, 180, 182, 185, 186, 195, 196, 198, 218, 219, 220, 221, 225, 226, 229, 231, 232, 234, 235, 236, 237, 255, 257, 260, 272, 273, 275, 278, 279, 282, 284, 289, 290, 298, 306, 309, 311, 312, 313, 314, 315, 320, 321, 322, 323, 324, 328, 329, 334, 338, 346, 349, 350, 352, 357, 358, 359, 361, 368, 377, 379, 380  
see also infants  
see also vulnerable people  
cholera 81, 82, 86, 103, 129, 131, 132, 149, 248, 295, 300, 316, 317, 318, 319, 320, 341, 342, 343, 345, 352, 378  
chronic diseases 166, 315  
chronic malnutrition see malnutrition  
civil society organisations 10, 58, 59, 85, 147, 193, 246  
climate change v, 10, 11, 12, 14, 64, 68, 153, 206, 234, 246, 263, 266, 292, 365, 366, 380  
clinicians 222, 302, 306, 345, 347, 353  
clothing 22, 98, 104, 112, 113, 116, 118, 120, 132, 210, 219, 229, 240, 241, 242, 244, 252, 268, 269, 271, 272, 282, 358  
see also non-food items (NFIs)  
see also thermal comfort  
protective clothing 116, 118, 120, 210  
CMR see crude mortality rate  
Code of Conduct 1, 2, 24, 37, 56, 72,

353, 366, 368, 369, 370  
communicable disease 42, 115, 120, 168, 182, 219, 261, 289, 290, 293, 299, 300, 305, 306, 309, 311, 312, 314, 315, 316, 319, 320, 323, 349, 352  
see also disease  
see also non-communicable disease  
community mapping 101  
community mobilisation 91, 92, 93, 101, 111, 164, 166, 170  
Community Health Workers 125, 301, 316, 377  
conflict ii, v, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 29, 30, 36, 38, 39, 40, 44, 45, 53, 54, 55, 62, 63, 65, 67, 75, 76, 83, 126, 144, 153, 175, 178, 189, 191, 204, 207, 218, 231, 233, 251, 253, 255, 279, 291, 309, 311, 317, 331, 333, 350, 351, 353, 356, 357, 359, 361, 362, 363, 369, 374, 376  
construction materials 109, 246, 250, 260, 265, 266, 271, 280, 281  
cooking 34, 35, 83, 97, 98, 100, 103, 104, 113, 131, 178, 179, 182, 184, 185, 194, 197, 198, 242, 243, 244, 247, 255, 257, 259, 260, 261, 269, 270, 273, 274, 275, 282, 352  
see also fuel  
see also stoves  
see also utensils  
coordination v, vi, 5, 7, 10, 11, 13, 24, 31, 39, 44, 50, 52, 53, 58, 59, 60, 69, 71, 74, 85, 93, 95, 118, 119, 120, 142, 147, 155, 159, 160, 188, 189, 190, 202, 203, 206, 233, 247, 249, 250, 278, 285, 288, 290, 293, 298, 307, 308, 309, 312, 320, 322, 325, 326, 331, 333, 366, 374, 375, 379  
coping strategies 15, 16, 86, 145, 149, 153, 175, 176, 177, 215, 231, 244, 248, 251, 295  
Core Standards ii, iv, 1, 2, 4, 6, 7, 20, 22, 24, 32, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 60, 80, 82, 83, 85, 86, 89, 140, 142, 143, 148, 200, 218, 240, 242, 247, 250, 270, 288, 290, 294  
see also Humanitarian Charter  
see also minimum standards  
see also Protection Principles  
crude mortality rate (CMR) 292, 310, 311, 339, 346, 377  
cultural practices 17, 96, 98, 204, 259, 272, 273

**D**

data 35, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 68, 70, 71, 87, 98, 109, 113, 124, 149, 155, 156, 218, 220, 221, 222, 232, 235, 248, 278, 292, 295, 305, 306, 307, 309, 311, 313, 318, 319, 322, 336, 338, 340, 342, 343, 351, 377  
see also evaluation  
see also monitoring  
confidentiality of data 35, 307  
disaggregated 61, 62, 63, 64, 65, 87, 109, 124, 149, 248, 278, 295, 306, 307  
decision-making 14, 15, 24, 56, 59, 70, 84, 150, 155, 157, 202, 216, 305, 306  
dengue 111, 115, 131, 312, 313, 314, 318, 320, 343, 345  
diagnosis 11, 113, 114, 115, 164, 173, 174, 290, 299, 314, 315, 318, 319, 320, 337, 343, 344, 354  
see also disease  
diarrhoea 84, 95, 100, 101, 102, 110, 111, 114, 115, 131, 163, 168, 173, 174, 183, 219, 299, 311, 314, 318, 320, 323, 324, 341, 342, 343, 344  
diphtheria 321, 322, 323, 324, 332, 343, 345, 378  
see also DPT  
disabled people see persons with disabilities  
disaster-affected people ii, 53, 54, 56, 71, 84, 86, 98, 111, 114, 148, 176, 184, 202, 247, 262, 273, 294  
disaster-affected population 5, 7, 9, 11, 30, 33, 55, 56, 61, 63, 65, 67, 71, 73, 83, 86, 88, 94, 106, 116, 121, 143, 148, 152, 166, 176, 178, 180, 192, 193, 198, 200, 202, 203, 208, 211, 247, 249, 250, 251, 254, 255, 258, 264, 265, 269, 271, 273, 274, 275, 278, 282, 291, 294, 297, 298, 304, 314, 327, 338  
disaster preparedness 5, 10, 54, 62, 68, 73, 80, 140, 159, 240, 288  
disaster response 4, 14, 17, 20, 72, 85, 86, 106, 109, 147, 149, 179, 201, 212, 246, 248, 270, 288, 293, 294, 296, 298, 303, 304, 306, 317, 321, 327, 329, 330, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376  
disasters ii, iii, v, vi, 1, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 29, 30, 31, 37, 39, 40, 42, 44, 45, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 91, 92, 98, 102, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 117, 118, 119, 120, 124, 125, 130,

136, 137, 140, 144, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 164, 165, 171, 176, 177, 179, 183, 185, 193, 194, 195, 198, 200, 201, 203, 204, 205, 206, 207, 209, 212, 214, 215, 216, 217, 227, 233, 237, 240, 244, 245, 246, 247, 248, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 257, 259, 260, 263, 264, 265, 266, 268, 270, 271, 278, 279, 282, 284, 285, 286, 288, 292, 293, 294, 295, 296, 298, 299, 300, 303, 304, 306, 308, 309, 310, 311, 313, 315, 317, 321, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 336, 338, 339, 347, 348, 349, 350, 351, 356, 357, 360, 365, 366, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 380

see also initial assessment

see also urban disasters

disease 42, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 91, 98, 100, 101, 105, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 120, 124, 127, 131, 136, 144, 145, 146, 149, 158, 166, 168, 173, 174, 182, 183, 198, 205, 206, 219, 234, 243, 244, 248, 253, 258, 261, 289, 290, 292, 293, 295, 296, 299, 300, 305, 306, 309, 311, 312, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 336, 337, 339, 341, 343, 344, 345, 346, 347, 349, 351, 352, 354, 377, 379

see also communicable disease

see also chronic disease

see also excreta-related disease

see also micronutrient deficiencies

see also vector-borne disease

see also water-borne disease

displaced populations 114, 235, 244, 245, 246, 247, 249, 251, 252, 255, 257, 264, 269, 279, 280, 281, 284, 321, 349, 352, 353

disposal of dead bodies 118, 136

distribution systems 179, 193

'do no harm' (principle) 175, 205

DPT (diphtheria, pertussis and tetanus) 321, 324, 332, 378

see also diphtheria

see also pertussis

see also tetanus

drainage 80, 81, 82, 84, 88, 101, 106, 111, 114, 115, 117, 121, 122, 123, 127, 128, 136, 243, 256, 260, 261, 267, 313

see also groundwater

see also pollution

see also stormwater

see also surface water

drought 99, 144, 178, 206, 212, 213

drugs 15, 73, 118, 290, 296, 302, 303, 315, 328, 329, 330, 334, 348

see also essential medicines

see also medical supplies

drug management 303

## E

early warning systems 85, 147, 152, 210, 234, 246, 292, 317

earthquakes 144, 251, 253, 293, 331

eating utensils see cooking; utensils

employment 93, 142, 146, 152, 175, 177, 202, 204, 208, 209, 210

environmental impact 76, 97, 178, 242, 246, 250, 253, 265, 266, 281, 285

EPI see Expanded Programme on Immunization

erosion 64, 121, 122, 123, 176, 177, 211, 256, 265, 266, 267

erosion of assets 177, 211

essential health services see health services

essential medicines 298, 302, 303, 318, 323, 337, 339, 349

see also drugs

see also medical supplies

evaluation v, 5, 8, 9, 11, 14, 46, 54, 69, 70, 75, 77, 78, 86, 92, 135, 148, 176, 178, 179, 190, 192, 196, 200, 207, 247, 251, 288, 294, 303, 310, 319, 320

see also data

see also monitoring

excreta 80, 81, 82, 84, 88, 92, 101, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 114, 122, 126, 127, 132, 136, 137, 256, 312

see also toilets

see also waste management

excreta disposal 80, 81, 82, 84, 88, 92, 101, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 114, 122, 126, 127, 136, 137, 256, 312

excreta-related disease 81, 82, 84, 105, 107, 113, 131

see also disease

Expanded Programme on Immunization (EPI) 321, 322, 378

## F

faeco-oral diseases see diseases

faecal contamination 105, 106

feeding 34, 103, 112, 115, 129, 130, 140,

141, 142, 146, 147, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 168, 170, 173, 174, 178, 179, 182, 183, 184, 185, 186, 196, 197, 198, 218, 220, 221, 222, 231, 235, 236, 237, 238, 313, 324, 329, 378, 379

see also supplementary feeding

see also undernutrition

field hospitals 297, 299

see also health centre

see also hospitals

see also mobile clinics

first aid 73, 76, 331, 332, 334, 335, 350

fixings see tools

flies 111, 112, 114, 115, 117, 119, 131

flooding 117, 122, 128, 190, 209, 251, 253, 256, 266, 267, 293

floods 14, 64, 106, 108, 109, 110, 121, 122, 144, 206, 253, 293

food iv, 1, 2, 4, 7, 22, 24, 34, 45, 66, 76, 83, 89, 92, 94, 95, 98, 105, 108, 110, 111, 112, 113, 119, 126, 132, 135, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 218, 219, 222, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 243, 244, 247, 251, 254, 256, 257, 259, 260, 263, 264, 268, 269, 270, 271, 273, 274, 275, 285, 291, 292, 293, 304, 312, 313, 336, 340, 352, 358, 365, 369, 378, 380

see also cooking

see also food transfers

see also malnutrition

see also micronutrient deficiencies

see also nutrition

see also undernutrition

access to food 144, 160, 179, 181, 183, 184, 198, 222

food preparation 108, 126, 147, 197, 198, 259, 263, 270, 273, 274

food rations 34, 165, 181, 182, 183, 186, 192, 369

food storage 89, 113, 185, 236, 243, 256, 260, 269

genetically modified foods 187

food aid iv, 162, 182, 183, 233, 235, 365

food insecurity 144, 145, 146, 150, 151, 152, 168, 177, 178, 203, 212, 231, 233, 234

food security iv, 1, 2, 4, 7, 94, 135, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 160, 161, 162, 164, 166, 168, 170, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 192, 193, 195, 197, 198, 199, 200, 202, 203, 204, 207, 208, 210, 211, 212, 214, 215, 218, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 254, 264, 268, 270, 271, 275, 292, 304, 313, 340, 352

food security assessments 151, 183, 214, 232, 233

food transfers 140, 141, 142, 147, 152, 153, 156, 160, 164, 168, 174, 175, 178, 179, 180, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 192, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 202, 203, 206, 209, 210, 213, 230, 264, 271, 275

see also cash and voucher transfers

freedom of movement 36, 38, 39, 358

fuel 35, 163, 178, 184, 185, 194, 197, 198, 233, 242, 247, 252, 255, 266, 269, 274, 275, 281, 282, 286

see also cooking

see also stoves

## G

gender-based violence 31, 40, 42, 45, 63, 84, 86, 149, 195, 235, 248, 295, 352

Geneva Conventions 22, 37, 144, 361, 362, 366

girls 15, 21, 32, 40, 53, 58, 61, 63, 64, 66, 75, 84, 86, 94, 96, 104, 107, 110, 124, 130, 149, 153, 210, 237, 248, 271, 272, 275, 286, 294

see also children

see also gender-based violence

see also women

groundwater 98, 105, 106, 107, 108, 117, 119, 122, 123, 126, 127

see also drainage

see also pollution

see also stormwater

see also surface water

see also water sources

## H

hand washing 104, 107, 108, 110, 121, 122, 129

see also soap

see also washing

healthcare 24, 32, 42, 43, 119, 137, 144, 161, 210, 211, 243, 246, 255, 256, 261, 264, 292, 297, 299, 300, 303, 304, 314, 316, 323, 326, 327, 328, 329, 330, 332, 335, 337, 339

health centre 103, 108, 124, 129, 154, 156, 296, 297, 325, 326, 343

see also field hospitals

see also health workers

see also hospitals

see also mobile clinics

health education 12, 200, 270, 297, 312, 313, 314, 323, 340, 358

health facilities 118, 125, 132, 170, 250, 253, 281, 291, 293, 297, 299, 301, 303, 305, 306, 314, 317, 323, 324, 326, 327, 328, 331, 332, 334, 339, 341, 342, 345, 347, 348, 353

health impact 292, 293

health information system (HIS) 305, 306, 316, 339, 348, 364, 378

health services 42, 43, 73, 111, 115, 146, 148, 156, 162, 163, 165, 167, 168, 170, 171, 174, 182, 199, 209, 219, 250, 261, 288, 289, 290, 292, 294, 296, 297, 298, 301, 302, 304, 305, 306, 307, 309, 310, 311, 312, 314, 315, 316, 320, 321, 323, 325, 328, 331, 333, 334, 335, 336, 351

access to health services 209, 292, 298, 304, 307, 309, 310, 333

essential health services 42, 43, 73, 115, 156, 162, 163, 168, 171, 174, 182, 219, 261, 288, 289, 290, 292, 296, 304, 305, 306, 309, 310, 311, 312, 314, 315, 316, 320, 321, 323, 325, 328, 331, 333, 336, 351

health workers 125, 162, 238, 301, 302, 303, 315, 316, 331, 349

hepatitis (A, B, C) 118, 120, 131, 300, 327, 343, 345

HIS see health information system

HIV and AIDS v, 11, 12, 15, 16, 17, 64, 67, 77, 85, 86, 99, 104, 109, 134, 149, 160, 162, 163, 166, 168, 170, 171, 172, 178, 183, 194, 198, 210, 219, 221, 227, 230, 235, 236, 237, 248, 290, 294, 295, 300, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 332, 337, 341, 342, 344, 349, 352, 353, 379, 380

see also people living with HIV (PLHIV)

hospitals 39, 103, 117, 129, 130, 291, 296, 297, 299, 313, 323, 324, 326, 328, 330, 335, 336, 341, 342, 349, 350, 353

see also field hospitals

see also health centres

see also health workers

see also mobile clinics

host communities 69, 253, 255, 281

host families 63, 118, 240, 246, 251, 257, 268, 279

household waste 117, 119

see also waste management

housing see shelter

housing ownership see ownership

human rights 6, 15, 21, 22, 23, 32, 44, 46, 58, 65, 67, 71, 83, 243, 284, 285, 307, 325, 336, 348, 351, 356, 357, 359, 360, 363, 364, 379, 380

see also rights

humanitarian agencies 5, 6, 9, 10, 20, 21, 26, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 53, 54, 55, 58, 59, 60, 62, 63, 65, 68, 69, 71, 83, 85, 143, 147, 148, 189, 243, 246, 247, 291, 294, 338, 366, 369

humanitarian assistance 6, 11, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 29, 30, 33, 36, 37, 40, 42, 67, 73, 75, 78, 83, 143, 176, 243, 291, 356, 361, 363, 365, 366, 369, 370, 372, 373

Humanitarian Charter ii, iii, iv, 1, 2, 4, 5, 6, 15, 19, 20, 24, 26, 28, 29, 36, 37, 38, 52, 53, 66, 67, 78, 82, 83, 142, 143, 238, 242, 243, 286, 290, 291, 356

see also Core Standards

see also minimum standards

see also Protection Principles

humanitarian crises iii, 292, 336, 351

hygiene promotion iv, 1, 2, 4, 7, 79, 80, 81, 82, 83, 88, 89, 91, 92, 93, 94, 100, 102, 103, 105, 106, 110, 124, 125, 135, 198, 268, 270, 312, 320, 380

see also water supply, sanitation and hygiene promotion

## I

IDP see internally displaced persons

IMAI see Integrated Management of Adult Illness

IMCI see Integrated Management of Childhood Illnesses

immunisation 118, 120, 156, 168, 299, 318, 322, 324, 332, 349

see also vaccination

infants 92, 96, 107, 112, 140, 141, 142, 146, 147, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161,

162, 163, 164, 168, 170, 171, 172, 174, 182, 185, 186, 196, 198, 218, 219, 220, 221, 226, 231, 232, 235, 260, 271, 272, 275, 282, 313, 321, 322, 324, 329, 378, 379

see also breastfeeding

see also children

see also vulnerable people

infectious diseases see communicable diseases

initial assessment 61, 62, 75, 81, 82, 86, 124, 148, 150, 154, 155, 232, 247, 250, 270, 278, 294

see also needs assessment

see also risk assessment

injury 23, 45, 72, 73, 119, 209, 289, 290, 292, 293, 299, 307, 309, 331, 332, 333, 341, 342, 343, 344, 350, 353

inpatient 129, 164, 168, 169, 170, 171, 172, 221, 297, 315, 343

see also outpatient

insects 112, 113, 131, 188, 312

Integrated Management of Adult Illness (IMAI) 314, 315, 378

Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) 314, 315, 323, 324, 349, 378

integration 153, 201, 238, 327

internally displaced persons (IDP) 22, 23, 31, 46, 144, 209, 339, 350, 353, 356, 363, 364, 378

see also host families

see also vulnerable people

international law 20, 21, 22, 32, 36, 37, 39, 83, 143, 144, 243, 291, 356, 357, 359, 360, 361, 362, 363, 369, 374, 376, 377, 378

## L

laboratory services 297, 299

laboratory testing 299, 318

land ownership see ownership

latrines see toilets

laundry 95, 103, 104, 129

see also soap

see also washing

livelihoods iv, 14, 16, 40, 68, 95, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 150, 151, 152, 153, 157, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 182, 189, 199, 200, 201, 203, 204, 205, 207, 208, 210, 211, 212, 214, 215, 218, 232, 233, 243, 244, 246, 250, 254, 258, 260,

262, 263, 266, 276, 280, 281, 283

livestock v, 12, 98, 99, 126, 129, 135, 144, 145, 178, 199, 205, 206, 207, 211, 212, 214, 215, 231, 246, 255, 266, 379

local authorities 5, 56, 60, 63, 69, 85, 119, 147, 193, 201, 207, 247, 259, 270, 293, 298, 299, 302, 308, 309

long-lasting insecticide-treated nets (LLINs) 313, 320

see also malaria

see also mosquito control

## M

malaria 111, 113, 114, 115, 127, 131, 162, 168, 174, 182, 219, 299, 311, 312, 313, 314, 315, 317, 319, 320, 323, 341, 342, 343, 344, 349

see also long-lasting insecticide-treated nets (LLINs)

see also mosquito control

malaria prevention 313

malnutrition 14, 140, 141, 142, 145, 147, 148, 155, 156, 157, 162, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 175, 179, 182, 183, 220, 221, 222, 223, 224, 232, 234, 237, 238, 292, 311, 313, 314, 320, 323, 341, 342, 343, 344

see also feeding

see also micronutrient deficiencies

see also nutrition

see also supplementary feeding

see also undernutrition

markets 68, 108, 118, 119, 130, 142, 145, 152, 175, 177, 181, 182, 183, 189, 196, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 208, 209, 210, 211, 212, 215, 217, 233, 250, 254, 257, 263, 268, 270, 285

measles 86, 149, 156, 173, 174, 182, 219, 248, 295, 311, 312, 314, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 341, 342, 343, 344, 345

see also vaccination

see also Vitamin A

medical supplies 290, 296, 302

see also drugs

see also essential medicines

medical waste 117, 118, 119, 120, 136, 137

see also waste management

meningitis 299, 314, 317, 318, 319, 341, 342, 343, 344, 345

see also immunisation

see also vaccination  
 menstruation 94, 95, 96, 108, 110, 127, 128  
 see also women  
 mental health 16, 17, 43, 46, 47, 73, 74, 76, 158, 286, 289, 290, 309, 325, 327, 333, 334, 335, 336, 350, 353, 358, 361  
 micronutrient deficiencies 140, 141, 142, 145, 147, 156, 157, 162, 164, 165, 169, 170, 171, 173, 174, 179, 180, 181, 182, 224, 225, 234, 238, 313, 323  
 see also malnutrition  
 see also supplementary feeding  
 milk 159, 160, 185, 186, 219  
 see also breastmilk  
 see also supplementary feeding  
 minerals 155, 181, 182, 228, 234, 238  
 Minimum Initial Service Package (MISP) 325, 326, 327, 350, 379  
 minimum standards ii, iii, 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 20, 22, 24, 44, 53, 66, 67, 69, 71, 78, 79, 80, 83, 84, 88, 98, 134, 139, 140, 143, 144, 148, 150, 194, 231, 238, 239, 240, 243, 244, 249, 253, 264, 270, 284, 286, 287, 288, 291, 296, 298, 348, 361  
 see also Core Standards  
 see also Humanitarian Charter  
 see also Protection Principles  
 mobile clinics 297, 299  
 see also field hospitals  
 see also health centres  
 see also hospitals  
 monitoring v, 5, 11, 14, 24, 36, 38, 39, 45, 46, 54, 67, 68, 69, 70, 71, 77, 86, 91, 92, 93, 94, 98, 100, 101, 102, 104, 148, 155, 156, 157, 159, 163, 164, 166, 167, 172, 176, 178, 179, 183, 187, 188, 189, 192, 195, 196, 200, 201, 202, 203, 205, 207, 212, 224, 231, 233, 240, 247, 260, 263, 266, 270, 276, 288, 294, 300, 305, 307, 308, 310, 327, 344, 352, 372, 379  
 see also data  
 see also evaluation  
 morbidity data 306  
 see also crude mortality rate  
 see also under-5 mortality rate (U5MR)  
 mortality data 292, 311, 351  
 see also crude mortality rate  
 see also under-5 mortality rate (U5MR)  
 mosquito control 115

see also long-lasting insecticide-treated nets (LLINs)  
 see also malaria

## N

national authorities 6, 21, 116, 301, 322, 374  
 natural hazards 253, 263  
 needs assessment 54, 65, 75, 80, 81, 82, 89, 124, 240, 250, 269, 270  
 see also initial assessment  
 see also risk assessment  
 niacin 173, 180, 226, 228  
 non-communicable disease 289, 290, 299, 309, 315, 336, 337, 341, 344, 351, 354, 379  
 see also communicable disease  
 see also disease  
 non-discrimination 22, 37, 83, 143, 291, 359  
 non-food items (NFIs) 1, 2, 4, 7, 94, 95, 125, 185, 198, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 246, 247, 248, 250, 257, 260, 261, 263, 264, 268, 269, 270, 271, 273, 274, 276, 278, 281, 286, 312, 313, 314, 379  
 see also bedding  
 see also clothing  
 non-refoulement 23  
 nutrition iv, 1, 2, 4, 7, 12, 24, 85, 112, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 154, 155, 156, 157, 158, 160, 161, 162, 166, 167, 168, 169, 171, 172, 173, 174, 175, 177, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 189, 193, 196, 206, 212, 218, 219, 220, 221, 222, 227, 228, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 247, 254, 313, 323, 340, 352, 378, 379  
 see also food  
 see also malnutrition  
 see also micronutrient deficiencies  
 see also undernutrition

## O

oedema 145, 156, 171, 221, 222  
 older people v, 11, 12, 16, 17, 35, 40, 47, 57, 63, 66, 67, 77, 85, 99, 104, 107, 108, 112, 147, 183, 192, 194, 195, 198, 209, 212, 220, 223, 229, 237, 256, 263, 272, 273, 280, 282, 309, 338, 357  
 see also vulnerable people  
 oral rehydration salts (ORS) 174, 323,

324, 379  
 outpatient 129, 130, 164, 169, 170, 171, 343, 347  
 see also inpatient  
 ownership 8, 42, 56, 57, 70, 249, 253, 254, 255, 266, 279

## P

parents 40, 86, 107, 149, 198, 248, 294, 298  
 see also caregivers  
 pellagra 156, 173, 181, 238  
 people living with HIV (PLHIV) 11, 16, 64, 67, 99, 104, 166, 171, 180, 183, 194, 198, 212, 227, 237, 329, 379  
 see also HIV and AIDS  
 personal hygiene 94, 95, 96, 97, 103, 113, 131, 268, 269, 270, 281  
 persons with disabilities v, 11, 12, 16, 17, 35, 37, 40, 45, 63, 73, 85, 95, 99, 104, 107, 108, 127, 147, 166, 183, 192, 194, 195, 198, 209, 212, 223, 251, 255, 273, 279, 280, 309, 332, 338, 359, 377  
 see also vulnerable people  
 pertussis 321, 322, 323, 324, 343, 345, 378  
 see also DPT  
 planning 5, 14, 56, 59, 66, 72, 84, 85, 92, 93, 95, 119, 121, 122, 147, 153, 156, 157, 162, 178, 180, 181, 182, 187, 195, 201, 202, 224, 227, 232, 242, 246, 249, 250, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 260, 265, 266, 271, 281, 293, 312, 327, 371, 374  
 play areas 253  
 pneumonia 314, 315, 324  
 point-of-use water treatment (PoUWT) 102, 379  
 see also water supply  
 pollution 14, 106, 117, 118, 122, 205, 275  
 see also groundwater  
 see also stormwater  
 see also surface water  
 see also toilets  
 see also water sources  
 pregnant women 107, 113, 209, 222, 313, 324, 326, 327, 329, 330  
 see also vulnerable people  
 see also women  
 delivery kits 326  
 principle of humanity 6, 20, 21, 83, 143,

243, 291  
 privacy 93, 104, 108, 252, 257, 258, 259, 260, 268, 297, 299  
 see also shelter  
 see also women  
 programme design 65, 66, 82, 89, 137, 166, 170, 184, 185  
 property ownership see ownership  
 Protection Principles iv, 1, 2, 6, 7, 20, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 52, 80, 82, 85, 107, 108, 110, 140, 142, 148, 153, 194, 209, 210, 240, 242, 247, 288, 290, 294  
 see also Core Standards  
 see also Humanitarian Charter  
 see also minimum standards  
 psychosocial support 12, 17, 32, 40, 41, 43, 46, 47, 71, 74, 86, 149, 172, 184, 248, 286, 295, 325, 327, 333, 335, 350, 361  
 public health 84, 85, 88, 89, 91, 101, 102, 117, 124, 134, 137, 140, 141, 142, 144, 155, 157, 165, 173, 174, 180, 181, 182, 190, 219, 224, 225, 226, 270, 292, 293, 297, 298, 303, 305, 310, 314, 336, 339, 348, 349, 350, 351

## Q

quality and accountability 4, 5, 7, 8, 12, 13, 53, 74, 379  
 quarantine areas 256

## R

rations see food, food rations  
 reconstruction 134, 221, 231, 240, 245, 249, 251, 280, 284, 285, 348, 361  
 recovery period 152, 171  
 refugees vi, 15, 21, 22, 23, 45, 46, 76, 84, 112, 137, 144, 209, 235, 284, 285, 319, 339, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 356, 361, 363, 364, 369, 379, 380  
 remuneration 208, 209, 210, 212, 301, 358  
 reproductive health 161, 163, 171, 289, 290, 307, 309, 325, 327, 328, 349, 350, 352, 379  
 riboflavin deficiency 181  
 rights ii, 4, 6, 7, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 26, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 41, 42, 44, 45, 46, 53, 56, 57, 58, 63, 65, 67, 71, 76, 83, 84, 86, 87, 109, 110, 115, 134, 143, 144, 149, 176, 193, 231, 232, 243, 244, 246, 248, 249, 254, 255, 263, 284, 285, 291, 294, 295, 297, 299,

305, 307, 325, 334, 336, 348, 351, 356, 357, 358, 359, 360, 363, 364, 370, 373, 377, 378, 379, 380

see also human rights

see also non-discrimination

abuse of rights 33, 359

violations of rights 35, 38

risk assessment 101, 156, 316, 317, 330, 343

see also initial assessment

see also needs assessment

rodents 112, 113, 114, 117, 119, 188

**S**

safe drinking water 84, 97, 243

see also pollution

see also water supply

sanitation iv, 1, 2, 4, 7, 12, 24, 59, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 88, 91, 98, 99, 102, 103, 106, 107, 108, 109, 122, 124, 125, 127, 131, 132, 134, 135, 137, 144, 162, 243, 247, 250, 257, 281, 292, 311, 312, 313, 320, 336, 380

see also water supply

see also water supply, sanitation and hygiene promotion

schools 39, 56, 57, 93, 108, 124, 129, 130, 179, 194, 198, 209, 210, 231, 236, 243, 246, 250, 251, 252, 253, 255, 256, 261, 264, 270, 279, 281, 286, 298, 350, 351

SCM see supply chain management

scurvy 156, 173, 181, 238

security iv, 1, 2, 4, 6, 7, 20, 21, 22, 23, 24, 29, 30, 33, 34, 38, 39, 60, 62, 64, 67, 71, 73, 83, 84, 89, 94, 107, 124, 135, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 160, 161, 162, 164, 166, 168, 170, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 202, 203, 204, 207, 208, 210, 211, 212, 214, 215, 216, 218, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 237, 243, 244, 249, 250, 251, 252, 254, 256, 257, 259, 264, 268, 270, 271, 275, 278, 279, 291, 292, 304, 313, 320, 338, 340, 352, 358, 360, 363, 372, 374, 375, 376

seeds 141, 142, 150, 152, 199, 206, 207, 211, 212, 216, 217, 233, 237

see also food, genetically modified food

settlement 1, 2, 4, 7, 30, 34, 45, 101, 112, 113, 114, 115, 118, 119, 121, 122, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248,

249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 270, 271, 275, 277, 278, 279, 280, 281, 284, 285, 300, 312, 313, 343, 380

see also shelter

communal settlement 240, 249, 251, 255, 285

temporary settlement 240, 249, 251, 255, 285

severe malnutrition see malnutrition

sexual abuse 71, 195

sexual exploitation 40, 73, 86, 149, 195, 196, 248, 263, 295, 327

shelter 1, 2, 4, 7, 12, 22, 24, 59, 83, 95, 111, 112, 113, 114, 121, 122, 143, 148, 161, 195, 200, 201, 222, 229, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 268, 269, 270, 271, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 283, 284, 285, 286, 291, 292, 300, 311, 312, 313, 336, 340

see also camps

see also environmental impact

see also ownership

see also privacy

see also risk assessment

see also settlement

see also thermal comfort

shelter materials 201, 259, 260, 280

transitional shelter 244, 245, 249, 252, 259

ventilation 244, 258, 260, 261, 275, 300

soap 89, 95, 104, 110, 120

see also hand washing

see also laundry

see also washing

social networks 43, 55, 67, 73, 176, 184, 203, 204, 217, 257, 335

solid waste management see waste management

special needs see vulnerable people

stormwater 121, 122

see also drainage

see also groundwater

see also pollution

see also surface water

stoves 177, 198, 242, 252, 257, 261, 274, 275, 282

see also cooking

see also fuel

see also utensils

subsistence needs 35, 37

supplementary feeding 164, 165, 166, 168, 170, 179, 186, 221, 238, 313

see also breastfeeding

see also feeding

see also malnutrition

see also micronutrient deficiencies

supply chain management (SCM) 142, 179, 188, 189, 190, 236, 270, 379

surface water 106, 107, 115, 117, 121, 122, 256, 261

see also drainage

see also groundwater

see also pollution

see also stormwater

## T

targeting 17, 67, 69, 78, 86, 92, 142, 148, 150, 151, 154, 175, 178, 192, 193, 199, 200, 203, 227, 236, 247, 294, 309

tetanus 118, 120, 321, 327, 331, 332, 333, 343, 344, 345, 378, 380

see also DPT

thermal comfort 244, 258, 268, 271, 272

see also bedding

see also clothing

thiamine 173, 180, 238

toilets 81, 82, 89, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 115, 121, 122, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 194, 256, 332

see also pollution

see also water supply

tools 5, 8, 10, 11, 13, 44, 45, 57, 70, 75, 107, 110, 113, 121, 122, 144, 152, 153, 156, 166, 181, 199, 201, 205, 206, 207, 208, 211, 218, 222, 223, 232, 242, 246, 260, 262, 263, 264, 268, 269, 271, 276, 277, 283, 285, 288, 306, 308, 350

see also non-food items (NFIs)

training vi, 13, 71, 78, 85, 92, 93, 94, 100, 102, 116, 147, 159, 173, 184, 190, 202, 205, 206, 224, 237, 238, 246, 262, 263, 276, 277, 283, 293, 300, 301, 302, 333, 335

transfers see cash and voucher transfers; food transfers

triage 297, 314, 315, 323, 324, 331, 332, 378

tuberculosis 16, 86, 149, 166, 248, 295,

314, 315, 329, 349, 380

typhoid 131, 317, 343, 345

## U

under-5 mortality rate (U5MR) 292, 310, 311, 339, 346, 380

see also crude mortality rate (CMR)

undernutrition 144, 145, 146, 147, 148, 152, 154, 155, 156, 157, 158, 164, 168, 170, 210, 218, 219, 222, 231, 234

see also feeding

see also malnutrition

see also micronutrient deficiencies

see also nutrition

see also supplementary feeding

urban disasters 106, 110

see also disasters

utensils 104, 197, 198, 242, 247, 273, 282

see also cooking

see also stoves

## V

vaccination 174, 219, 312, 319, 320, 321, 322, 324, 330, 332

see also immunisation

vector-borne disease 111, 112, 113, 114, 127, 258, 312

see also disease

see also water-borne disease

Vitamin A 156, 161, 162, 163, 168, 173, 174, 181, 219, 225, 228, 238, 321

Vitamin C 173, 228

Vitamin D 184, 228

vouchers see cash and voucher transfers

vulnerable people 11, 34, 36, 39, 54, 55, 61, 65, 67, 87, 90, 103, 104, 124, 137, 149, 166, 168, 175, 178, 183, 185, 194, 197, 200, 201, 202, 211, 212, 215, 219, 237, 248, 250, 255, 256, 270, 275, 277, 279, 295, 304, 307, 309, 310

see also children

see also older people

see also people living with HIV (PLHIV)

see also persons with disabilities

see also women

vulnerability and capacity analysis 75, 86, 149, 233, 248, 294, 380

**W**

WASH see water supply, sanitation and

- hygiene promotion
- wars see conflict
- washing 95, 103, 104, 107, 108, 110, 113, 120, 121, 122, 129, 198, 243, 260  
 see also hand washing  
 see also laundry  
 see also soap
- waste management 80, 81, 82, 88, 101, 111, 114, 117, 119, 120, 127, 137, 188, 297, 313
- water-borne diseases 113  
 see also disease  
 see also vector-borne disease  
 water collection points 122, 125  
 see also pollution  
 see also safe drinking water  
 see also water supply
- water safety plan (WSP) 100, 101, 135, 380
- water sources 97, 98, 99, 100, 102, 105, 106, 110, 113, 114, 122, 125, 126, 135, 191, 320  
 see also pollution  
 see also water supply
- water supply iv, 1, 2, 4, 7, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 88, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 107, 111, 121, 124, 125, 126, 128, 135, 185, 198, 247, 268, 269, 312, 320, 380, 387, 390, 391, 392, 393, 394  
 see also point-of-use water treatment (PoUWT)  
 see also safe drinking water  
 see also water collection points  
 see also water supply, sanitation and hygiene promotion
- water supply, sanitation and hygiene promotion (WASH) iv, 1, 2, 4, 7, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 103, 108, 110, 124, 126, 132, 134, 135, 148, 164, 232, 253, 256, 380
- women 11, 15, 16, 21, 32, 35, 40, 53, 57, 61, 63, 64, 66, 67, 71, 73, 75, 76, 84, 91, 93, 94, 96, 99, 103, 104, 107, 108, 109, 110, 113, 124, 127, 147, 151, 153, 158, 160, 161, 179, 180, 182, 185, 192, 193, 195, 198, 200, 202, 203, 208, 209, 210, 212, 214, 220, 222, 226, 227, 237, 255, 263, 271, 272, 273, 275, 279, 280, 282, 284, 286, 298, 302, 309, 313, 326, 327, 328, 329, 330, 338, 341, 342, 346, 350, 358, 363, 370, 377  
 see also gender-based violence
- see also pregnant women
- see also privacy
- see also vulnerable people
- participation of women 66, 84, 192
- Y**
- young children see children
- 7

Visita il sito internet del Progetto Sphere:

**[www.sphereproject.org](http://www.sphereproject.org)**

Per ordinare il Manuale del Progetto Sphere:

**[www.practicalactionpublishing.org/sphere](http://www.practicalactionpublishing.org/sphere)**